FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

14

Année 1906 — N.° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 7 novembre 1906, à 1 heure

Par **J. LECAPLAIN**

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

SUITES MÉDICALES TARDIVES

DES AFFAIRES JUDICIAIRES RELATIVES

A

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

(*Loi du 9 avril 1898*)

Président : M. BRISSAUD, *professeur.*

Juges : MM. RECLUS, *professeur.*
LABBÉ (MARCEL) et PROUST, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR **BRISSAUD**

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN

MM. LES Drs BRUNON, HALIPRÉ, NICOLLE
ET CERNÉ

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM.

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ QUÉNU, *Externat* 1901-1902
LE PROFESSEUR DIEULAFOY, — 1902-1903
LE PROFESSEUR BRISSAUD, — 1903-1904
LE PROFESSEUR ROGER, — 1904-1905
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY, — 1905-1906

INTRODUCTION

Facteur « procédure » et facteur « classe ». Inquiétudes sur l'état physique. Soucis pécuniaires. Alcoolisme.

Parmi les multiples problèmes que pose l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, l'un des plus intéressants et des plus complexes est celui de l'*Hystéro-traumatisme*.

Intéressant par la nature même des troubles nerveux provoqués, par l'intensité du processus qui bien souvent n'est pas en rapport avec la valeur du traumatisme initial, par la multiplicité des symtômes et la variabilité des formes, il est de plus compliqué par l'incertitude du pronostic, origine de difficultés considérables lors de l'évaluation de l'indemnité à allouer à la victime.

Or, l'évolution de cette névrose, et par suite son pronostic ne peuvent être au début déterminés d'une façon précise, car il ne s'agit pas là d'une affection spéciale trouvant en elle-même les éléments de son pronostic,

mais bien d'une *hystérie*, d'une *neurasthénie* ou le plus souvent d'une *hystéro-neurasthénie* d'origine traumatique subordonnée dans sa marche à des conditions assez particulières : conditions dérivées de la loi française de 1898 sur les accidents du travail, avec sa procédure, et aussi d'un milieu social particulier avec ses habitudes de penser et d'agir.

Comme le litige lui-même, cette évolution passe par deux phases, la phase qui s'étend depuis la date de l'accident jusqu'à la date du règlement, et la phase qui suit ce règlement.

Un premier point est acquis par l'observation des auteurs, c'est que l'affection, loin de guérir dans la première phase, ne tend le plus souvent qu'à empirer.

Le malade est déjà « traumatisé psychiquement »; tout l'effort de son attention est porté sur son accident. L'importance du traumatisme grossit alors de jour en jour dans l'imagination du plaignant; sa vie se trouve divisée en deux périodes distinctes « avant l'accident — depuis l'accident » Il aggrave inconsciemment les phénomènes préexistants et accumule peu à peu symptômes sur symptômes, récoltant çà et là dans les discours de son entourage, ou même au cours des trop nombreux examens, expertises et modes de traitement auxquels il est soumis, l'idée de troubles nouveaux dont s'enrichit son complexe morbide.

En un mot, il fait de l'*hystéro-culture*.

De plus, les lenteurs du procès, la complication des

1. *Congrès des accidents du travail*, Liège, juin 1905.

débats, l'attente de la réglementation finale sont en même temps pour l'ouvrier *sinistré* la source d'incessantes préoccupations et principalement de soucis pécuniaires: harcelé par la misère pour le présent, guetté par elle dans l'avenir, légitimement désireux de son indemnité, il perd bientôt toute liberté d'esprit et devient incapable de réagir. (1)

La longue oisiveté dans laquelle il se trouve lui est donc préjudiciable à plus d'un titre: il cultive sa névrose (*névrose de procédure*), il tombe dans la misère, il perd peu à peu l'habitude du travail, et bien souvent devient la proie de l'alcoolisme.

Le second point est l'origine de discussions nombreuses; en réalité il est mal élucidé : le malade, après la fin du procès, guérit-il instantanément, à bref délai, à longue échéance, ou jamais?

Tel est là, à notre avis, le point capital, la base sur laquelle devra reposer toute conclusion d'expertise pour l'appréciation de l'incapacité de travail en permanente ou temporaire, absolue ou partielle, forte ou faible, suivant les termes de la loi du 9 avril 1898.

Tel sera aussi le sujet de notre thèse.

Nous nous appuierons sur les rapports d'expertise du Professeur Brissaud, qui sont autant d'observations complètes de ces cas.

Nous sommes heureux de trouver ici l'occasion d'adresser à ce Maître respecté l'hommage de notre

1. Deuve. Etude sur le solidarisme. *Thèse Doctor. Sciences politiques*. Paris, 1906.

profonde gratitude, pour avoir bien voulu, nous inspirer, nous guider, et nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous prions M. le Professeur agrégé MÉRY d'accepter nos vifs remerciements pour l'aide obligeante qu'il nous a également prêtée dans notre tâche.

M. le Professeur ROGER voudra bien accepter l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'extrême bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Nous ne saurions oublier ce que nous devons à l'enseignement de M. le Professeur DIEULAFOY et de M. le Professeur agrégé QUÉNU, durant les années d'externat que nous avons passées chez eux.

C'est ausssi avec un gré infini que nous nous souvenons de nos premiers maîtres à Rouen, MM. les Drs BRUNON, NICOLLE, HALIPRÉ et CERNÉ dont les leçons cliniques firent une si profonde impression sur notre jeune cerveau d'étudiant.

Enfin nous remercions de tout cœur les maîtres qui nous ont si obligeamment ouvert leurs services, ou donné leurs conseils MM. les Drs LAMY, BOISSARD, MARFAN, JOSUÉ et SICARD.

CHAPITRE I

L'ÉVOLUTION

Un historique complet de la question, non plus qu'une revue générale de la symptomatologie, du diagnostic et de la pathogénie ne sauraient ici trouver leur place.

Nous renvoyons donc à la bibliographie qui se trouve à la fin de ce travail.

Nous rapporterons seulement les opinions diverses des auteurs au point de vue particulier auquel nous nous sommes placés.

Aussi passerons-nous rapidement sur les travaux concernant les *railway-spine et railway-brain* pour ne nous occuper que de l'*hystéro-traumatisme ouvrier*. Telles furent les observations d'Erichsen (1866) et Leyden, qui crurent à l'existence de lésions cérébrales et médullaires, de Walton, Putnam et Page qui attribuèrent les mêmes troubles à l'hystérie et à la neurasthénie, d'Oppenheim et Thomsen qui les considérèrent comme une affection spéciale, la névrose traumatique.

Aussi, au point de vue pronostic, se forma-t-il deux camps : au nombre des optimistes se rangèrent Page, Davidson, Price, Murphy, puis Blum et Fabre ; au nombre des pessimistes Erichsen et Oppenheim.

Un peu plus tard, Charcot devait rattacher ces troubles à l'hystérie et son opinion avait bientôt la prédominance ; pour lui, les améliorations sont fréquentes, mais les guérisons absolues sont rares ; « les paralysies hystéro-traumatiques sont fort tenaces, durables, difficiles à guérir, du moins chez un certain nombre des sujets ; la coxalgie hystérique peut se perpétuer, durer des mois, des années même, mais en somme la guérison doit survenir nécessairement un jour ou l'autre, tôt ou tard ».

Pour Bouveret, l'hystéro-neurasthénie traumatique est très tenace et son pronostic est grave.

« On a remarqué, dit-il, que des améliorations se produisaient souvent chez des patients, qui en instance devant un tribunal, ont gagné leur procès et reçu une indemnité. La crainte d'un insuccès et la misère qui peut en résulter, exercent pendant la durée du procès une influence fâcheuse sur l'état mental du malade et font obstacle à son amélioration...

Cependant un de mes malades était hystéro-neurasthénique depuis 10 ans et la question de son indemnité avait été tranchée 8 ans auparavant : il avait gagné son procès, mais n'était pas guéri. »

En ce qui concerne l'hystérie pure, M. Bouveret porte un pronostic beaucoup plus favorable, et bien que les paralysies hystéro-traumatiques puissent durer

parfois plusieurs années, elles guérissent en général ; la guérison est alors le plus souvent rapide, spontanée, se produisant soit sous l'influence d'une émotion vive, ou encore sous l'influence d'un traitement approprié ; la rechute a été signalée.

Pour Blum : « un blessé neurasthénique, lors même qu'il est le plus sincère du monde, ne peut s'empêcher d'exagérer son incapacité présente et de croire à l'impossibilité d'un retour complet à la santé. Ajoutons à cela les incertitudes que les hommes d'affaires, les formalités judiciaires viennent jeter dans cet esprit ébranlé et nous aurons l'explication de la marche de la maladie qui en général s'améliore notablement dès que le litige a été définitivement tranché. »

M. Blum ajoute que l'influence de l'indemnité jouerait un rôle si considérable que la fréquence de l'hystéro-neurasthénie serait infiniment plus considérable chez les blessés de chemin de fer que chez les ouvriers des services de chirurgie (qui à cette époque, 1893, ne jouissaient pas des avantages conférés plus tard par la Loi sur les accidents du travail).

Quant à la durée, M. Blum estime qu'elle est très difficile à déterminer : l'expérience démontre qu'on ne voit à peu près jamais les blessés reprendre leurs occupations avant la solution du litige, l'espoir de l'indemnité prolongeant la maladie.

« Il faut faire entrer aussi en ligne de compte l'état de santé antérieur du sujet, ses habitudes de sobriété ou d'intempérance, ses occupations professionnelles qui

peuvent avoir déterminé chez lui un épuisement nerveux plus ou moins considérable. »

En somme, dans la majorité des cas, M. Blum a constaté un retour plus ou moins complet à la santé dans l'espace de quelques mois à quelques années.

Le professeur Raymond tire les éléments de son pronostic des conditions suivantes :

1° de la variété de la manifestation hystéro-traumatique ; une paralysie est plus tenace qu'une arthropathie ou une anesthésie.

2° de l'ancienneté de l'affection : plus l'affection est récente, plus elle a de chances pour guérir facilement.

3° de la prédisposition héréditaire ou acquise du sujet : un hystérique avéré, présentant plusieurs stigmates de la névrose guérira difficilement.

4° le rôle plus ou moins direct du traumatisme : s'il a été insignifiant c'est que l'individu était candidat à l'hystérie ; en ce cas le pronostic est mauvais.

Nous extrayons du livre de M. Brouardel les lignes suivantes :

« La marche de la maladie est extrêmement lente, la durée se compte par mois et par années ; en général il y a guérison, mais dans certains cas la maladie présente une aggravation progressive et se termine par la mort...

Ainsi que cela se produit souvent, l'heureuse issue d'un procès engagé contre les auteurs responsables de l'accident a l'influence la plus favorable sur la terminaison de la maladie : on a vu des malades qui traînaient depuis des mois et même des années guérir en quelques jours et même en quelques heures...

Le blessé qui réclame une indemnité exagère de bonne foi, ou plutôt s'exagère à lui-même la gravité de son état ; il rapporte tous les malaises, tous les désordres apparus depuis l'accident à cet accident lui-même et il reste dans cet état de tension d'esprit jusqu'au moment où le procès est jugé... »

M. Thoinot admet un pronostic favorable, avec quelques réserves cependant : si les durées de plusieurs mois, plusieurs années même ne sont pas exceptionnelles, malgré tout la guérison est la règle. L'hystéro-neurasthénie lui semble moins tenace et plus influencée par les conditions extérieures (état psychique, tracas de procédure) que l'hystérie pure ; « le règlement du sinistre joue un grand rôle dans la terminaison du syndrome hystéro-neurasthénique, il ne m'a pas semblé qu'il en fût de même pour l'hystérie traumatique pure... Un sujet gardait encore une hémiplégie traumatique complète depuis trois ans bien qu'il eût depuis près de deux ans déjà la rente de l'incapacité totale. »

M. le Dr Balthazard, dans son traité de médecine légale, exprime ainsi son opinion : « Le pronostic des névroses traumatiques ne peut être posé qu'avec les plus grandes réserves. L'hésitation du médecin a d'ailleurs pour effet, en augmentant les préoccupations du blessé, d'aggraver sa névrose. Au contraire la prompte solution du procès amène souvent une amélioration marquée ; les accidents disparaissent même complètement dans certains cas après que le blessé a été indemnisé. Il ne faudrait pourtant pas exagérer la bénignité du pronostic, car Francotte a rapporté l'observation de

plusieurs accidents indemnisés depuis longtemps et dont l'état avait été malgré cela en empirant. D'autres fois les malades perdent l'appétit, tombent dans le marasme et succombent au bout de deux, trois, quatre ans.

M. le Dr Ollive pense que la guérison se produit au bout d'un temps variable; elle est d'autant plus facile, d'autant plus parfaite généralement que la solution du litige a lieu plus rapidement.

Pour M. le Dr Vibert le pronostic de la « névrose traumatique » est en général grave, la maladie relevant souvent de lésions diffuses de l'écorce cérébrale et de la moelle. « Le pronostic de la névrose traumatique est difficile à établir, dit-il, et ne doit jamais être formulé que lorsqu'il s'est écoulé plusieurs mois depuis l'accident. A ce moment on peut dire, d'une façon générale, que si les symptômes sont peu intenses, restent depuis longtemps stationnaires ou se sont déjà amendés, la guérison est probable, mais elle ne se produit souvent qu'après plus d'une année. Si les symptômes vont en s'aggravant, et s'ils se sont développés tardivement, la guérison est très douteuse et la maladie a une durée infinie. »

Dans quelques cas la névrose traumatique se termine par le marasme et la cachexie, la tuberculose pulmonaire, la démence et le suicide.

Bien différente est l'opinion du professeur Brissaud. « Si la neurasthénie traumatique, écrit-il, est une névrose particulièrement rebelle, nous savons que, dans le plus grand nombre des cas, elle guérit comme par enchan-

tement lorsque le sinistré touche les dommages-intérêts que le tribunal lui alloue, sur le certificat d'incurabilité délivré par le médecin expert. La jurisprudence établie à cet égard depuis quelques années a contribué fortement à simplifier les difficultés théoriques et pratiques que la question soulève. »

1. Brissaud. Article *Neurasthénie*. Tr. Brouardel et Gilbert.

CHAPITRE II

FIXATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

La diversité des opinions qui précèdent explique la diversité des solutions proposées.

M. le Dr Strümpell voudrait « étouffer dans leur germe les névroses traumatiques » par un refus absolu et immédiat de toute indemnité, aussitôt après la guérison des lésions extérieures.

Cette solution ne nous semble ni parfaitement équitable, ni même possible selon la loi française de 1898.

Pour M. le Dr Ollive, tout réside dans une question de fait : s'il s'agit de cas graves, conséquences de traumatismes craniens, et relevant peut être d'une lésion organique, la solution est dans un très prompt règlement de l'indemnité. S'il s'agit, au contraire, de cas se produisant à la suite de lésions minimes entraînant des troubles nerveux hors de proportion avec le traumatisme initial, c'est qu'on a affaire à un prédisposé : or ici deux cas sont à distinguer : « un traumatisme, dit-il, peut tout en ayant frappé un prédisposé avoir cepen-

dant eu une grosse influence sur le développement des troubles névropathiques ; par sa gravité, par la préoccupation qu'il a pu justement causer, il doit parfois être considéré comme un facteur important. Au contraire l'employeur ne saurait être tenu responsable de la fâcheuse disposition d'esprit de son ouvrier qui a considéré une égratignure comme une blessure grave ; aussi ne pouvons nous qu'approuver la décision du tribunal de Nantes du 30 novembre 1902, qui, sur le rapport de l'un de nous, a refusé une indemnité à un ouvrier ayant eu des troubles spasmodiques de la marche après une très légère plaie du genou. »

Ce mode de réglementation nous semble d'une application un peu délicate.

Reste à examiner deux solutions opposées et préconisées, l'une par M. le Dr Vibert et l'autre principalement par le professeur Brissaud, M. le Dr Thoinot et Me Duchauffour, juriste.

« Dans les cas extrêmement graves, dit M. le Dr Vibert, s'accompagnant souvent de lésions organiques la solution définitive de l'affaire doit être remise à une année et, si après ce délai aucune amélioration notable ne s'est produite, l'expert doit évaluer l'incapacité telle qu'elle est actuellement et la déclarer permanente ; il restera encore un délai de 3 ans pour la revision, délai suffisant pour que l'état définitif du plaignant soit connu. »

Cependant admettant l'influence heureuse de la solution définitive du procès sur la marche de la maladie, M. le Dr Vibert propose pour les cas moins graves

(cas d'hystérie et de neurasthénie proprement dites) un réglement rapide de l'indemnité en considérant l'affection comme déterminant une incapacité permanente absolue ou presque absolue : « l'ouvrier verra son avenir assuré par l'allocation d'une rente égale aux deux tiers de son salaire et, toutes ses préoccupations disparaissant, une grande amélioration se produira bientôt et il aura les plus grandes chances de s'acheminer rapidement vers la guérison complète. De plus le délai de revision fixé à 3 ans par l'article 19 permettra au patron d'obtenir la suppression ou la réduction de la rente allouée (1) ».

Cette double solution nous semble passible de plusieurs objections : en réalité bien rarement, dans les cas qui nous occupent, l'intensité, de l'affection méritera d'être considérée comme entrainant une incapacité absolue ou presque absolue.

D'autre part, il est peut-être imprudent de laisser croire au malade que l'on attache une si grande importance à des troubles qu'il n'a déjà que trop de tendance à envisager comme extrêmement graves et même incurables.

Et aussi les bons effets de cette fixation rapide d'une incapacité permanente absolue, mais soumise à la possibilité d'une revision d'autant plus probable que la somme sera plus élevée, ne seront-ils pas détruits par la perspective même de cette revision, et de l'incertitude qui en résultera ?

1. Vibert. Accidents du travail. Baillière, 1906.
Monthélie. Thèse de Paris, 1906.

La solution préconisée par M. le Dr Brissaud, le Dr Thoinot et Me Duchauffour nous semble plus générale, plus logique et plus sûre dans ses effets : *c'est la fixation rapide de l'indemnité par évaluation d'une incapacité permanente partielle et très faible.*

La fixation de l'indemnité sera rapide : on aura recours à la conciliation, et c'est, nous le verrons, la solution adoptée dans la plupart des affaires que nous avons étudiées.

L'évaluation sera considérée comme permanente, étant donnée la variabilité de l'évolution; comme partielle, car il est rare que le malade soit absolument incapable de travailler; quelquefois même il travaille plus qu'il ne le croit lui-même. (Rapp. Nos 7 et 8) et enfin comme faible, pour compenser vis à vis de la partie adverse ce qu'en cas de guérison, une évaluation forte aurait d'injuste.

Voici d'ailleurs ce qu'écrivent Mr le Dr Thoinot et Me Duchauffour à l'appui de ce mode de réglement.

« Il est dans ces cas, dit Mr le Dr Thoinot, une solution adroite et équitable, qui lésera au minimun les intérêts du défendeur, et facilitera au maximun la guérison du demandeur, en réglant sa situation, et en l'obligeant d'autre part à reprendre le travail : c'est l'allocation d'une sorte d'indemnité à forfait, correspondant à une incapacité partielle permanente de faible degré. Il est de votre rôle d'en faire connaître tous les avantages pour le blessé même, aux magistrats et vous pouvez vous exprimer ainsi : « L'affection que présente le sieur X... est une neurasthénie (ou une hystéro-neurasthénie)

traumatique. Cette affection est curable dans la grande majorité des cas et le règlement de l'affaire a toutes chances d'exercer une influence favorable et de hâter la guérison. Il y a lieu de considérer le sieur X... comme atteint d'une incapacité permanente mais partielle, et réduisant sa valeur de .... (taux toujours faible, mais à établir suivant la gravité apparente du cas) » Si par exception vous avez fait erreur, si le cas d'espèce est de ceux qui ne doivent pas connaître la guérison, la procédure de revision est ouverte au plaignant, mais 90 fois sur 100, vous aurez touché juste. »

Me Duchauffour : « On ne saurait continuer indéfiniment le paiement du demi-salaire puisque tout traitement utile a cessé et que les retards apportés à la solution du procès ne peuvent que prolonger, aggraver même l'état du malade. On ne peut pas non plus affirmer que le blessé guérira dès que le jugement sera prononcé et lui refuser toute indemnité.

Il faut donc considérer l'état comme définitif, sauf la faculté de revision réservée par l'article 19 en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'infirmité.

Le malade sera bien rarement en état d'incapacité absolue, le plus souvent il sera atteint d'une simple incapacité partielle, on la supposera permanente avec une évaluation moins élevée que si elle était vraiment définitive; la plupart des médecins ont compris qu'il n'y avait pas d'autre solution possible. Ils n'ont fait d'ailleurs que profiter de l'expérience acquise en Allemagne. »

Nos enquêtes personnelles sur l'état des malades fai-

tes un temps plus ou moins long après les conciliations ou après les jugements rendus suivant ces principes démontrent d'une façon non douteuse la justesse de ce mode de règlement qui répond à la majorité des cas, répare du mieux possible le dommage causé et constitue un véritable traitement de l'affection.

CHAPITRE III

AFFAIRES — RAPPORTS — ENQUÊTES

Affaire N° 1

M. G. *sujet italien, 35 ans, homme de peine.*

Accident *le 2 août 1904. Contusion du pied droit et de la région lombaire.*

Première expertise le 21 novembre 1904 par le Dr Demoulin.

Non conciliation le 7 décembre 1904.

Deuxième expertise le 24 mai 1905 par les Drs Brissaud, Demoulin et Reclus,

Jugement du Tribunal civil *le 19 juin 1905, allouant une rente annuelle de 60 francs.*

Arrêt d'appel *du 28 novembre 1905 élevant la rente à 63 francs.*

La procédure continue pour cause d'une note de frais médicaux de 325 francs.

Demande en revision *par le blessé.*

Premier Rapport.

Je soussigné, A. Demoulin Docteur en médecine, Chirurgien Chef de service des hopitaux de Paris, expert près le tribunal civil de la Seine.

Commis par M. le Président des audiences de conciliation de ce tribunal.

A l'effet d'examiner M. G..., trente cinq ans homme de peine.

Victime d'un accident de travail en date du deux août mil neuf cent quatre.

Déclare avoir procédé à l'expertise qui m'a été confiée, en mon cabinet, 8 rue du Four, le mardi vingt-sept octobre mil neuf cent quatre, à dix heures et demie du matin.

Commémoratifs. — M. G..., m'a déclaré que le deux août mil neuf cent quatre, il avait été contusionné au niveau des reins, et qu'en même temps qu'il subissait cette contusion, une roue de voiture avait passé sur la face dorsale de son pied droit, près du cou- de pied, qu'il avait d'abord reçu chez lui, par l'intermédiaire du service médical de la M. I., des soins, jusqu'au trente octobre mil neuf cent quatre, puis que ne se trouvant pas guéri à cette époque, il s'était fait masser par M. Lecoq, 52 rue de Flandre à Paris, qui, aujourd'hui encore, vingt-sept octobre mil neuf cent quatre, pratique des massages sur le membre inférieur droit.

Un certificat du Dr Bauzet, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, daté du 30 octobre mil neuf cent quatre, m'a été communiqué ; mon confrère conclut à l'absence de lésions appréciables des lombes et du pied droit,

et ne trouve pas l'explication des vives douleurs accusées en ces régions,

De quoi le blessé s'est plaint lors de mon expertise.

D'éprouver de vives douleurs continuelles dans la région des reins et dans le pied droit, de ne pouvoir marcher que difficilement, en boitant, d'être en un mot estropié et de ne pouvoir se livrer à aucun travail.

Examen du blessé

1° Pied et cou-de-pied droits. Il n'y a pas de cicatrices au niveau de la région du cou-de-pied et de la face dorsale du pied droits, la roue de voiture n'a donc pas déterminé de plaie. Les parties molles sont saines en ces endroits, il n'y a ni empâtement, ni œdème du tissu cellulaire sous-cutané.

Le cou-de-pied, la face dorsale du pied droits, ne présentent pas de déformation appréciable à la vue.

La palpation du squelette de ces régions n'y montre rien d'anormal, l'espace bi-malléolaire n'est point élargi, la malléole interne a ses caractères normaux.

Peut-être en tenant compte des plus minutieuses données de l'observation, y a-t-il un léger épaississement de la malléole externe. Les os du tarse n'ont pas subi de lésions.

La radiographie confirme ces constatations cliniques, elle montre un peu d'épaississement de la malléole externe à sa base, qui fait penser à une fracture possible du péroné en cet endroit, fracture en tous cas bien consolidée aujourd'hui si elle a eu lieu, ce que je n'oserais affirmer, la légère déformation de la malléole externe à sa base, pouvant tout aussi bien, résulter d'une simple contusion.

Les fonctions des articulations du cou-de-pied (articulation

tibio-tarsienne) et du pied (articulation médio-tarsienne et calcanéo-astragalienne) sont normales ; toutefois au moindre mouvement qu'on leur fait exécuter, le blessé accuse des douleurs d'une certaine intensité ; il se plaint même d'un simple frôlement avec la main, des parties molles qui recouvrent le cou-de-pied et la face dorsale du pied droits.

Il n'y a pourtant aucun signe de névrite des nerfs du membre inférieur droit, et de même que pour le Dr Bauzet, ces douleurs sont pour moi, inexplicables.

Il m'est impossible de donner une idée exacte des sensibilités tactile et thermique du membre inférieur droit, en particulier au niveau du cou-de-pied et du pied, puisque les sensations accusées par le blessé n'ont jamais été semblables, pour le même point, lors des examens répétés que j'ai pratiqués, le vingt-sept octobre mil neuf cent quatre.

Il n'y a pas d'atrophie des muscles de la cuisse droite. La circonférence de la jambe gauche à douze centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, mesure trente et un centimètre et demi, celle de la jambe droite (côté blessé) au même point est seulement de trente centimètres.

Il y a donc pour la jambe droite une légère atrophie musculaire qui s'explique par l'inaction prolongée du pied droit.

M. G... marche sur le bout du pied, en boitant assez fortement, la cause de l'attitude prise par le blessé, pendant la marche, m'échappe aussi complètement que celles des douleurs vives qu'il accuse dans les régions du cou-de-pied et de la face dorsale du pied droit.

2° Région lombaire. Le blessé m'a déclaré, je l'ai dit, qu'il avait été contusionné au niveau de la région des reins, autrement dit des régions lombaires.

Aujourd'hui 27 octobre 1904, le blessé ne se plaint plus que de la région lombaire gauche. Il accuse, au niveau du bord supérieur du grand fessier, et au niveau des épines iliaques postérieures, supérieure et inférieure, des douleurs très vives à la pression ; c'est donc plus de la région fessière que de la région lombaire que souffre le blessé. Un examen attentif de la région lombaire et de la région fessière gauches, ne m'a pas permis d'y découvrir la moindre lésion, et j'ajoute qu'il n'y a pas eu de troubles fonctionnels du rein gauche après l'accident, ni depuis l'accident, (interrogatoire négatif du blessé).

Par conséquent, il ne s'est certainement agi que d'une contusion de la région des reins, et il est surprenant que trois mois après l'accident, cette contusion laisse encore des douleurs aussi vives que celles qu'accuse M. G...

N'ayant pu trouver l'explication des douleurs vives accusées par M. G... tant au niveau du cou-de-pied et du pied droits, que de la région lombaire gauche, ni celle qui fait que le blessé marche sur le bout du pied droit, je me suis demandé si je n'étais pas en présence d'un cas d'hystéro-traumatisme. Les diverses recherches que j'ai faites, dans ce sens, n'ont pas permis de découvrir les signes de cette névrose.

Conclusions

De cet exposé je conclus :

Primo: Que M. G... ne présente, aujourd'hui 27 octobre 1904 comme traces de son accident du 2 août, qu'un très léger épaississement de la base de la malléole externe droite, et une atrophie très peu prononcée des muscles de la jambe droite, due à l'inaction prolongée du membre inférieur droit, et qu'il

ne reste aucune trace de la contusion de la région des reins.

Secundo : Que les minimes lésions du membre inférieur droit ne sauraient expliquer l'attitude vicieuse du pied pendant la marche.

Tertio: Que les douleurs vives accusées par le blessé au niveau du membre inférieur et de la région lombaire gauche, ne trouvent aucune explication dans l'état local ou général du blessé qui pourra reprendre son travail dès qu'il le voudra.

Quarto: Qu'il ne s'agit donc que d'une incapacité temporaire de travail.

Quinto : Que la date de la consolidation de la blessure me paraît pouvoir être placée au jour de la conciliation, soit au 23 novembre 1904.

Paris, le 21 novembre 1904.

Signé : Demoulin.

Deuxième Rapport.

Les soussignés E. Brissaud, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, P. Reclus, professeur à la faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, A. Demoulin, docteur en médecine, chirurgien de la maison municipale de santé, experts près le Tribunal civil de la Seine, commis par jugement de la quatrième chambre de ce tribunal, en date du 27 mars 1905, à l'effet de voir et visiter G... prendre connaissance des documents et certificats produits, dire quelles ont été les blessures occasionnées par l'accident, quelles en ont été ou seront les conséquences au point de vue de l'exercice tant de la profession du demandeur que de toute autre profession (incapacité de travail temporaire permanente, partielle ou absolue) à

quelle époque doit être fixée la consolidation des blessures, c'est-à-dire la date à laquelle le traitement a été terminé ou bien la date à laquelle se place le moment où l'accidenté à su ou dû savoir quelles seraient la nature et l'importance de son incapacité définitive.

Dispensés du serment du consentement des parties, déclarent avoir procédé à l'expertise qui leur a été confiée en le cabinet du professeur Reclus, 1, rue des Saints-Pères, Paris, le mardi 16 mai 1905 à 8 heures du matin, en présence de MM. les avoués des parties intéressées, du médecin de la compagnie, le Dr Thiellement, des trois médecins du blessé, MM. les Drs Levêque la Croix, Picard, Casana et de deux des camarades de M. G.

Commémoratifs. — Le 2 août 1904, M. G... aurait eu la face dorsale du pied droit écrasée par une roue de voiture et il aurait été atteint en même temps de contusions de la région lombaire.

L'un des experts susnommés, le Dr Demoulin, commis par M. le Président du Tribunal civil de la Seine, à l'audience des conciliations, à l'effet d'examiner le blessé le visitait, le 27 octobre 1904 et constatait : Un léger épaisissement de la malléo externe droite à sa base, épaisissement qui fait penser à une fracture possible du péroné en cet endroit, fracture en tout cas bien consolidée, si elle a eu lieu ; ce qu'il ne saurait affirmer, la légère déformation de la malléole externe à sa base pouvant tout aussi bien résulter d'une simple contusion », il constatait encore une légère atrophie des muscles de la jambe droite, signalait que le blessé, boitant fortement marchait sur la pointe du pied droit sans pouvoir expliquer la cause de cette attitude, il ne trouvait aucune lésion dans la région lombaire.

Il ajoutait dans son rapport qu'il lui était impossible de don-

ner une idée exacte des sensibilités tactile et thermique du membre inférieur droit, en particulier du cou-de-pied, puisque les sensations accusées par le blessé n'avaient jamais été semblables pour le même point.

Il ne trouvait pas les signes caractéristiques de l'hystéro-traumatisme qu'il n'admettait pas et concluait que M. G... n'avait pas d'incapacité permanente de travail, même partielle, et pouvait reprendre ses occupations dès qu'il le voudrait.

M. G... n'acceptant pas ces conclusions est allé consulter plusieurs médecins qui lui ont remis des certificats.

Tous signalent une fracture du péroné droit ; M. Boutrel, interne à l'hôpital Saint-Louis, dit que M. G... présente à l'extrémité inférieure du péroné droit, « un cal d'ancienne fracture consolidée (23 décembre 1904), trait de fracture oblique au quart inférieur du péroné, le fragment inférieur étant rejeté en arrière, et le fragment supérieur en avant, vers la peau, sous laquelle il fait une saillie non visible, mais appréciable au toucher. »

A ce niveau existe un cal vicieux (13 janvier 1905.

Le Dr Picard écrit : « Vraisemblablement, à en juger par les tubérosités osseuses (cals) qu'on rencontre au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, il semble que le tibia, l'astragale peut-être aussi le péroné aient été fracturés. »

Aujourd'hui la cicatrisation de ces fractures est complète, mais elle s'est effectuée dans des conditions défectueuses (3 mars 1905).

Le Dr Levêque la Croix, constate : « Une fracture consolidée du péroné, siégeant à 8 centimètres environ de l'extrémité inférieure de l'os, trait de fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans, » et décrit minutieusement le déplacement des fragments (1er avril 1905).

Le Dr Casana trouve : « Un cal osseux de l'extrémité inférieure du péroné, avec déformation assez prononcée de cette extrémité et même de l'articulation tibio-tarsienne, 3 avril 1905. »

Le Dr Mallet reconnaît : « A la palpation, au niveau du tiers inférieur du péroné, une irrégularité osseuse, trace évidente d'une fracture ancienne du péroné; cette fracture aujourd'hui consolidée a donné naissance à un cal assez volumineux, de plus, le fragment inférieur semble déplacé (6 avril 1905). Voilà pour la fracture.

Le 13 janvier 1905, le Dr Maurat signale un empâtement fibreux au-dessous du cal du péroné, empâtement qui siège aussi sur le côté interne de l'articulation tibio-tarsienne. Le 1er avril 1905, le Dr Levêque la Croix constate un empâtement considérable sur toute la région tibio-tarsienne, empâtement qu'il attribue aux lésions des parties fibreuses qui ont dû être touchées par l'accident.

Le 3 avril 1905, le Dr Casana dit : « Qu'il y a œdème de l'extrémité du pied. » C'est la première fois que nous voyons l'œdème signalé; il l'est une seconde fois, le 6 avril 1905 par M. le Dr Mallet au niveau du cou-de-pied droit.

Si nous avons insisté sur ces commémoratifs c'est que les médecins du blessé présents à l'expertise étaient bien convaincus de l'importance de la fracture et des lésions de la région tibio-tarsienne et que ce qui nous a surtout frappés lors de notre examen, c'est l'œdème considérable de la jambe et du pied droits.

L'atrophie musculaire est signalée dans plusieurs certificats.

Les troubles de la sensibilité du membre inférieur droit sont surtout étudiés par le Dr Mallet, qui trouve dans toute la jambe droite, une anesthésie complète à la piqûre et au toucher (6 avril 1905).

Enfin l'attitude vicieuse du pied droit, pendant la marche et la station debout, est également signalée plusieurs fois, de même que la claudication très prononcée.

Nous examinerons successivement ces différents points.

Examen du blessé.

Nous avons demandé à M. G... ce dont il se plaignait. Il nous a d'abord déclaré qu'il ne souffrait plus de la région lombaire qui aurait été contusionnée lors de l'accident, mais qu'il éprouvait de vives douleurs dans le membre inférieur droit, en particulier, dans la jambe de plus en plus œdématiée depuis quelque temps. Qu'il lui était impossible de marcher et, par conséquent de se livrer à un travail quelconque, qu'il avait de plus des insomnies prolongées.

Qu'enfin son état s'était aggravé depuis l'accident (2 août 1904) et depuis l'expertise en conciliation (27 octobre 1904).

Nous n'avons rien constaté d'anormal dans la région lombaire, ni cicatrices, ni déviation de la colonne vertébrale, et d'ailleurs, nous l'avons dit, le blessé se déclare guéri de ce côté-là.

En ce qui concerne le membre inférieur droit, ce qui a tout d'abord attiré notre attention, c'est un œdème considérable de la face dorsale du pied, œdème dur, commençant à deux travers de doigt au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et finissant à la racine des orteils. Sur la jambe l'œdème commence à 5 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, pour finir à deux travers de doigt au-dessus de l'interligne tibio-tarsien : il offre un bourrelet particulièrement dur, occupant la demi-circonférence antérieure de la jambe situé, à 10 centimètres environ au-dessus de cet interligne.

Nous avons constaté très nettement, et nous avons fait remarquer aux Confrères qui assistaient à notre expertise, la présence sur la jambe, œdématiée de lignes circulaires rougeâtres étroites, hautes de 1 à 2 millimètres siégeant l'une 5 centimètres, l'autre à 10 centimètres au-dessus de l'interligne tibio-tarsien, la troisième à 5 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule. Au niveau de ces lignes l'épiderme est excorié.

Nous avons conclu de ces constatations que l'œdème du pied et de la jambe, est le résultat d'une constriction du membre par une bande vicieusement appliquée, serrée avec trop d'énergie. Nous nous sommes longuement occupé dans les commémoratifs de la fracture du péroné droit, et nous avons vu que les descriptions qui en ont été données par les différents médecins, qui ont examiné le blessé ne concordent pas.

Nous avons soigneusement recherché cette fracture, nous ne l'avons pas trouvée. Nous avons bien constaté sur le bord antérieur du péroné droit, à 7 c/m. 1/2 au-dessus du sommet de la malléole externe une petite encoche, mais cette dépression anormale ne nous a pas paru suffisante, pour affirmer cliniquement une fracture.

D'ailleurs, d'excellentes radiographies nous ont été présentées par l'un de nos confrères présent à l'expertise et nous avons pu y constater que le péroné droit ne présente pas de trace de fracture ancienne, et qu'il en est de même pour le tibia, la mortaise tibio-tarsienne et les os du pied droit.

La malléole externe ne paraît pas épaissie sur les radiographies, elle ne l'est pas non plus aujourd'hui à la palpation.

Nous avons dit que l'œdème prononcé de la jambe droite commence à deux travers de doigt au-dessus de l'interligne arti-

culaire tibio-tarsien, et celui de la face dorsale du pied, à deux travers de doigt en avant de cet interligne.

La région tibio-tarsienne étant à peu près exempte d'œdème il nous a été permis de constater que l'empâtement des tissus fibreux péri-articulaires, signalé dans deux certificats qui nous ont été remis, n'existe plus. Les gaines rétro-malléolaires ne sont pas épaissies.

Nous n'avons pas constaté. sur la face dorsale du pied droit, la moindre trace de la contusion déterminée par le passage de la roue de voiture.

Il ne nous a pas été possible de nous rendre un compte exact de l'état fonctionnel des articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne et sous-astragalienne droites, car dès qu'on cherche à faire exécuter quelques mouvements à ces articulations le blessé se plaint et immobilise son pied.

L'un de nous, le Dr Demoulin avait constaté, lors d'un premier examen (conciliation) le 21 novembre 1904, alors que l'état du blessé ne s'était pas aggravé, que ces articulations jouissaient de leurs mouvements normaux.

Nous ne pouvons rien dire du degré d'atrophie musculaire de la jambe droite, l'œdème dur qu'elle présente ne permet pas de faire des mensurations utiles et de se rendre compte par la palpation de la consistance de ses muscles.

Les troubles fonctionnels très accentués du membre inférieur droit, signalés dans tous les certificats qui nous ont été remis, sont les suivants : « Le blessé déclare ne pouvoir se tenir debout qu'avec le secours d'une énorme canne. La jambe droite est alors légèrement fléchie sur la cuisse et le pied en équinisme direct, c'est-à-dire que sa plante ne repose sur le sol que par sa

moitié antérieure et les orteils, tandis que le talon en reste détaché.

Pendant la marche qui, bien qu'aidée de la canne indispensable, se fait avec une énorme claudication, le blessé, n'appuie pour ainsi dire pas son pied droit (qui reste en équinisme direct) sur le sol, parce que cette manœuvre détermine, dit-il, de vives douleurs dans le mollet, ce qui s'explique par la contracture des muscles de ce mollet, du triceps sural en particulier.

Cependant, en persuadant au blessé qu'il peut se passer de sa canne, en le prenant par la main, en l'incitant à appuyer franchement la plante du pied sur le sol, on arrive à lui faire faire quelques pas pendant lesquels il appuie plus franchement son pied à terre.

Comme aucune lésion du squelette et des muscles du membre inférieur droit n'expliquent l'attitude prise par le blessé et la difficulté de la marche et de la station debout, nos recherches ont alors porté, sur l'hystéro-traumatisme.

A ce point de vue, nous avons constaté chez M. G... une anesthésie complète de tout le membre inférieur droit, remontant jusqu'à la ceinture, et cessant exactement en ce point, sur une ligne horizontale, s'arrêtant d'autre part, à la ligne médiane de l'abdomen. Des piqûres d'épingle faites avec une certaine énergie, n'ont pas été senties ; il y a, en un mot, dans le territoire que nous venons d'indiquer abolition, complète du réflexe plantaire, des réflexes cutanés.

Les réflexes du tendon d'Achille et du tendon rotulien sont conservés.

Il y a enfin rétrécissement du champ visuel à droite.

Ces différentes constatations nous permettent d'affirmer que nous nous trouvons en présence d'un cas d'hystéro-traumatisme.

Contrairement à ce qu'on observe chez les sujets normaux où à la suite des traumatismes la situation s'améliore le plus souvent, à mesure qu'on s'éloigne de l'accident, l'état de M. G... s'est aggavé chez lui depuis la blessure, les phénomènes sensitifs, moteurs, trophiques, consécutifs aux traumatismes se sont exagérés.

Tout nouvel examen du blessé, toute attention nouvelle, portée à l'accident ont aggravés une situation qu'il y aurait eu tout avantage à régler, à une période rapprochée du traumatisme.

Le blessé en réfléchissant constamment aux conséquences possibles de son accident, ses amis en l'encourageant dans ses revendications, les médecins par leurs examens répétés, ont pratiqué l'hystéro-culture.

Nous estimons que M. G... peut guérir d'un moment à l'autre, et que la guérison surviendra très probablement dès que sa situation sera définitivement réglée.

Conclusions

De cet exposé nous concluons : 1° Que M. G... ne présente, aujourd'hui 16 mai 1905, aucune trace des contusions dont il a été atteint le 2 août 1904, tant du côté du membre inférieur droit que de la région lombaire.

2° Que l'œdème très prononcé, que nous avons observé à la jambe et au pied droits, résulte de la constriction exagérée, produite par une bande mal appliquée.

3° Que l'attitude vicieuse du membre inférieur droit, les douleurs accusées dans ce membre par le blessé, attitude et douleurs qui gênent la marche et la station debout, sont sous l'influence

de cette névrose, dite hystéro-traumatisme, névrose dont on trouve les signes caractéristiques chez le blessé.

4° Que l'affection que présente M. G... est curable dans la grande majorité des cas, et que le règlement de l'affaire, a toute chance d'exercer une influence favorable et de hâter la guérison.

5° Qu'il y a lieu de considérer M. G... atteint d'une incapacité permanente partielle réduisant sa valeur professionnelle de 6 à 8 0/0.

6° Que le moment de la consolidation de la blessure nous paraît devoir être placé à la date où le Tribunal rendra son jugement.

Paris, le 24 mai 1905.

Signé : Brissaud, Reclus et Demoulin.

État actuel.

Observation personnelle. — *10 octobre 1906.*

M. G... habite une cité presque exclusivement occupée par des Italiens. Il ne travaille pas ; il est dans la plus profonde misère.

L'état somatique et psychique est absolument le même que celui signalé dans le rapport du 24 mai 1905.

Attitude, douleur, anesthésie, état psychique, tout est resté stationnaire.

On ne retrouve naturellement plus trace du lien circulaire ni de l'œdème par lui provoqué.

D'ailleurs de fâcheux conseils ont entretenu la névrose de M. G... qui court de médecin en médecin, se fait délivrer des certificats, et a dépensé tout ce qu'il avait touché, et même peut-être, au moyen d'avances procurées par des *intermédiaires*, ce qu'il escompte avoir dans la suite.

Affaire N° 2.

M. T... *sujet italien, 36 ans, manœuvre.*

Accident *le 24 juillet 1905 : Contusion avec excoriation de la face dorsale de l'avant-bras gauche.*

Ordonnance de justice de paix du 29 août 1905 nommant le Dr Méry, comme expert. Le Dr Méry estime que le blessé peut reprendre son travail le 5 septembre.

Audience du 31 janvier 1906. On nomme experts les Drs Brissaud, Thoinot et Méry.

Expertise le 15 mars 1906.

Audience *du 28 mars 1906. Aucune indemnité n'est accordée.*

Rapport.

Nous soussignés Brissaud, Thoinot et Méry, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, médecins des Hôpitaux, commis par M. le juge de paix du 19e arrondissement, en vertu d'un jugement en date du 31 janvier 1906, comme experts, dispensés du serment du consentement des parties, pour voir et examiner le sieur T... demeurant, 42, rue C.., et s'entourant de tous renseignements et entendant au besoin en leurs explications les médecins qui ont délivré à T..., les certificats, dire quelles ont été les conséquences de l'accident dont T... a été victime le 24 juillet 1905, indiquer les phénomènes constatés, dire si ces phénomènes ont pour cause l'accident dont il s'agit et, dan

l'affirmative, dire si T... est atteint d'une incapacité définitive ou temporaire et, dans ce dernier cas, dire à quelle date ladite incapacité a dû cesser ou cessera ; avons procédé à l'examen médical du sieur T... le lundi 26 février 1906, en présence de M. le Dr Chabaud médecin du blessé, et de M. le Dr Thiellement médecin de la M. I.

Le sieur T... a été blessé le 24 juillet 1905. Il a glissé portant une caisse de chocolat de 75 kilos et il a reçu cette caisse sur l'avant-bras gauche. Il a été soigné immédiatement par le Dr Delmas qui a constaté une contusion avec excoriations au niveau de la face dorsale de l'avant-bras gauche. Il a été vu ensuite par le Dr Thiellement qui a ordonné des massages.

Le sieur T... a été examiné à la date du 31 août 1905, par le Dr Méry, expert commis par M. le juge de paix du 19e arrondissement sur la requête de MM. P. et Cie.

D'après le rapport fait à cette date, on ne constatait aucun gonflement, aucune déformation de l'avant-bras gauche. On trouvait à la face dorsale de l'avant-bras, à quelques centimètres au-dessus du poignet la cicatrice superficielle d'une excoriation de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Les mouvements du poignet et du coude étaient libres, il n'existait aucune atrophie de l'avant-bras gauche.

A 12 centimètres au-dessous du coude, la circonférence de l'avant-bras était de 23 centimètres des deux côtés. Le blessé disait souffrir au niveau de l'extrémité inférieure du cubitus et prétendait ne pouvoir serrer suffisamment de la main gauche.

La conclusion était qu'il s'agissait là de phénomènes extrêmement légers, devant disparaître très vite avec la reprise progressive du travail.

La cessation de l'incapacité de travail avait été fixée à la date du 5 septembre 1905.

Le sieur T... a été examiné une seconde fois par le Dr Méry à la date du 8 janvier 1906. A cette date la mensuration de la circonférence des avants-bras à 11 centimètres au-dessous de l'olécrane donnait 22 centimètres des deux côtés. A la partie moyenne du bras on trouvait 24 cm. 1/2 de circonférence à droite et 24 centimètres à gauche. On ne constatait aucun gonflement, aucune déformation de la main et du bras. Les articulations étaient libres, il paraissait exister un très léger degré d'anesthésie du côté du membre supérieur gauche.

La conclusion était qu'il n'existait aucune lésion physique appréciable permettant d'expliquer une durée prolongée de l'incapacité de travail.

Lors de cette expertise, le blessé avait produit la copie de divers certificats dont les originaux nous sont produits aujourd'hui.

Les pièces produites sont par ordre de dates :

I. — Un certificat de M. le Dr Chabaud, nº 3, rue d'Alexandrie, en date du 25 août 1905.

Je soussigné docteur en médecine de la Faculté de Paris, certifie que le sieur T... demeurant, 131, rue de l'O... s'est présenté ce jourd'hui 25 août à ma consultation à l'effet de me faire examiner son avant-bras gauche qui aurait été lésé dans un accident du travail survenu le 24 juillet dernier vers 2 heures, et avoir constaté ce qui suit :

1º La flexion de la main gauche est limitée et douloureuse notamment par suite d'une arthrite-traumatique radio-carpienne dont il reste encore des traces.

2º La constriction de cette main est très faible, produit une

douleur vive en « éclair », se propageant jusqu'au coude et procure des douleurs siégeant dans les gaines tendineuses du poignet ainsi que dans la région carpienne avoisinant l'extrémité inférieure du cubitus et les quatrième et cinquième métacarpiens.

3° Une atrophie même visible à la simple inspection existe à la partie inférieure de l'avant-bras. La seule existence de cette atrophie qui a résisté aux traitements par le massage et par l'électricité suffirait à démontrer que non seulement le blessé n'est pas encore guéri, mais encore qu'il est atteint de troubles trophiques d'origine traumatique, comportant toujours une incontestable gravité.

Pour toutes ces considérations, je déclare donc que cet homme de peine est atteint de lésions traumatiques, qui jusqu'à leur guérison dont il m'est impossible de fixer même approximativement la date, le rendront incapable de se servir de son membre supérieur gauche même pour de petits travaux.

En foi de quoi je délivre la présente attestation pour ce que de droit.

Fait à Paris, le 25 août 1905.

Signé : Chabaud.

II. — Un certificat de M. le Dr Maurat, n° 75, rue Croix-Nivert, en date du 20 octobre 1905, ainsi libellé.

Je soussigné docteur en médecine, certifie avoir examiné à deux reprises, fin septembre et aujourd'hui 20 octobre 1905 M. T... demeurant, 131, rue de l'O... qui s'est présenté à moi, à propos des constatations à faire sur son état actuel, deux mois après un accident survenu le 24 juillet 1905. Cet accident aurait consisté en une chute sur la paume de la main gauche, survenue en

portant sur son dos une lourde caisse qui aurait glissé. Le malade traité pendant un mois environ aurait été déclaré guéri et capable de reprendre son travail au début de septembre.

Il se plaint de sensations anormales, picotements, fourmillements, etc., dans la région atteinte, même à l'état de repos du membre.

Lorsqu'il veut se servir de sa main, il s'éveille des douleurs siégeant au poignet et remontant sur le trajet du nerf cubital et occupant aussi la région de la paume de la main. Le malade se déclare donc impropre au travail d'homme de peine qui était sa profession.

Nos constatations sont les suivantes;

L'aspect de la région où a siégé le traumatisme montre un état anormal de la circulation : troubles du grand sympathique, rougeurs par places et sillons de la peau, dus au moindre contact, veines d'un développement un peu exagéré.

La mensuration des deux poignets indique près d'un centimètre de moins de tour du côté gauche. Le malade serre beaucoup plus fortement avec la main du côté sain.

Il y a légère hyperesthésie du côté interne du poignet gauche.

A la palpation, on reconnaît l'existence d'un empâtement siégeant à la partie antérieure des extrémités des os de l'avant-bras au niveau du ligament annulaire.

Les mouvements de l'articulation sont libres, mais présentent cette particularité de provoquer des chocs interosseux (et non pas des craquements) surtout dans les mouvements de latéralité de la main sur le poignet, ce qui indique une subluxation radio-carpienne.

Cette circonstance a été constatée lors de nos deux examens

et témoigne de la constance de la lésion, qui n'a aucune tendance à la réparation spontanée.

Comme conclusion, le blessé présente à un léger degré des troubles dystrophiques et nerveux paraissant provoqués par l'accident, des altérations persistantes des ligaments et des os de l'articulation du poignet gauche, se traduisant par une laxité anormale, lésions qui réduisent dans une notable proportion sa force physique et la possibilité d'utiliser le membre malade, pour les travaux pénibles qui constituent sa profession (lésions qui sont attribuables à l'accident dont il a été victime).

Les conditions où se trouve le membre traumatisé n'indiquent pas d'espoir d'amélioration consécutive dans le fonctionnement du poignet.

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat.

Paris, le 20 octobre 1905.

Signé : Dr Maurat.

III. — Un certificat de M. le Dr Poirrier, nº 19, rue des Pyramides, en date du 12 décembre 1905 ainsi conçu:

Je soussigné docteur en médecine, certifie avoir examiné ce 11 décembre 1905, M. T..., demeurant, nº 131, rue de l'O... qui m'a demandé de faire l'examen de son bras gauche au point de vue : réactions électriques. Voici mes constatations :

Avec le courant faradique, diminution de la contractilité du muscle cubital antérieur et du fléchisseur du petit doigt. Avec le courant galvanique, diminution assez notable de la contractilité des mêmes muscles, puisque je n'ai pu obtenir celle-ci qu'à 14 milliampères, alors que normalement elle est obtenue à 3 ou 4 milliampères.

Les réactions de la partie externe de l'avant-bras et de la main m'ont paru saines.

Les différentes réactions prouvent qu'il y a :

1° Névrite du nerf cubital et du brachial cutané interne.

2° Dégénérescence partielle des muscles de la partie interne de l'avant-bras et de la main.

En foi de quoi, j'ai délivré le présent certificat pour servir à ce que de droit.

Paris, le 12 décembre 1905.

Signé : Dr Poirrier.

IV. — Un certificat du Dr Chabaud, n° 3, rue d'Alexandrie du 21 décembre 1905, ci-après :

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, certifie que l'état de M. T... ne s'est pas modifié favorablement malgré les traitements par massages et applications d'électricité qu'il a suivis depuis le 25 août 1905, jusqu'à la date du présent jour ; qu'il présente toujours les mêmes troubles dystrophiques et nerveux, provenant de son accident du travail, survenu le 24 juillet de l'année courante. Qu'il est incontestablement atteint de névrite et de dégénérescence des muscles de la partie interne de l'avant-bras, ainsi que de la main, etc., qu'en un mot les conditions dans lesquelles se trouve le membre traumatisé ne laissent même pas espérer d'amélioration ; d'où je conclus que M. T... est atteint d'une infirmité partielle et permanente qui le rend définitivement incapable de se livrer aux travaux de sa profession, son membre supérieur gauche n'étant plus désormais utilisable dans ce but.

En foi de quoi, je délivre la présente attestation, pour ce que de droit.

Paris, le 21 décembre 1905. Signé : Dr Chabaud.

V. — Un certificat du Dr Chabaud en date du 8 janvier.

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, certifie que l'état de M. T... ne s'est pas amélioré, malgré les traitements suivis jusqu'à la date du présent jour: que la persistance des troubles dystrophiques et nerveux, dont il est atteint, consécutivement à l'accident du travail dont il a été victime le 24 juillet de l'année dernière, ne laisse pas d'espoir d'amélioration, et que les conditions dans lesquelles se trouve le membre traumatisé rendent désormais M. T... incapable de se livrer aux moindres travaux manuels.

En foi de quoi, je délivre, la présente attestation.

Le 8 janvier 1906.

Signé: Dr Chabaud.

VI. — Un certificat du Dr Chabaud, en date du 23 janvier 1906, ainsi conçu:

Je soussigné, docteur en médecine, de la Faculté de Paris, certifie que le sieur T... malgré les traitements suivis jusqu'à la date du présent jour, se trouve toujours dans l'état signalé dans mon certificat du 8 du mois courant, certificat dont, par conséquent, je maintiens toutes les conclusions.

En foi de quoi, je délivre la présente attestation.

Le 23 janvier 1906.

Signé : Dr Chabaud.

Enfin des certificats du Dr Mayet, 33, boulevard Raspail, du 30 janvier 1906 et du 17 février 1906 ainsi libellés :

Je soussigné, certifie avoir examiné le nommé T... et avoir constaté une atrophie musculaire assez marquée des muscles de la région postérieure de l'avant-bras gauche, avec phénomènes

de névrite périphérique qui comportent une incapacité relative de travail.

Paris, le 30 janvier 1906.

Je soussigné, certifie avoir examiné M. T... demeurant n° 42, rue C... et avoir constaté chez lui :

1° Un état un peu œdémateux de l'avant-bras et de la main gauche ;

2° Les signes de douleur accusés par le malade dans la même région, ce qui m'a permis de penser à l'existence d'une névrite périphérique.

Paris, le 17 février 1906.

Signé : Dr Mayet.

Etat actuel.

A l'inspection de l'avant-bras gauche on constate immédiatement qu'il existe juste au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, la marque évidente d'un lien circulaire, lien ayant même produit sur le trajet du radius, une excoriation superficielle. Au-dessous de ce sillon, la peau présente une rougeur plus vive et même une sorte de piqueté, au-dessus, au contraire, la peau présente une pâleur marquée, qui fait brusquement contraste avec la rougeur existante dans la partie inférieure de l'avant-bras.

A la partie postérieure de l'avant-bras gauche, on retrouve moins évidente la trace de la constriction, sous forme d'un très léger sillon. La face dorsale de la main gauche, présente un œdème assez prononcé. La circonférence des deux poignets est égale; on trouve 16 c/m. 1/2 des deux côtés.

La circonférence de l'avant-bras gauche à 10 centimètres au-dessous de l'olécrâne est de 24 c/m. 1/2; au même niveau la circonférence de l'avant-bras droit est de 25 centimètres. La circonférence du bras droit est également supérieure d'un 1/2 centimètre à celle du bras gauche.

Les mouvements de pronation et de supination ont leur étendue maxima. Les mouvements du poignet et du coude sont absolument normaux, ainsi que les mouvements de l'épaule, et il n'y a absolument aucune atrophie des éminences thénar et hypothénar.

Le sieur T... dit ressentir des douleurs dans toute l'étendue du membre supérieur gauche, dans les os, dans les jointures et dans les muscles. On constate d'une façon assez nette de l'anesthésie, ou plutôt de l'analgésie du bras gauche. En effet, le blessé présente encore nettement la sensation du contact, mais dit ne pas souffrir au pincement aussi vivement que du côté droit.

La limite supérieure de cette anesthésie est régulièrement circulaire. Elle forme une ligne d'amputation anesthésique, juste à la partie moyenne du muscle deltoïde. On ne trouve pas de stigmates d'hystérie du côté des sens spéciaux. Il n'existe pas non plus d'anesthésie nette des conjonctives.

On ne constate en résumé aucune lésion physique du bras ni de l'avant-bras gauche. Les articulations et les muscles paraissent normaux.

La topographie de l'anesthésie exclut toute idée de névrite. D'autre part, il ne paraît pas douteux, qu'un lien circulaire a été appliqué récemment au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras gauche.

Le Dr Chabaud, médecin du blessé, présent à l'examen, a pu

constater lui-même les traces de ce lien sous forme de sillons circulaires, et il a dû convenir de la réalité de ce fait. C'est l'application de ce lien qui a entraîné l'œdème du dos de la main, œdème qui n'avait pas été constaté dans les précédentes expertises.

Bien que ni la topographie de l'anesthésie, ni l'état du système musculaire ne permissent guère de soupçonner une névrite, le professeur Brissaud a fait pratiquer sous son contrôle, dans son service à l'Hôtel-Dieu, un examen électrique par M. le Dr Allard, le 3 mars 1906. Voici le résultat de cet examen :

Membre supérieur gauche. — Diminution légère de la contractilité faradique du deltoïde. Pas de modification de l'excitabilité faradique des nerfs du bras, de l'avant-bras et de la main. Pas de modification de la contractilité faradique des muscles du bras, de l'avant-bras et de la main.

Les résultats de ces divers examens permettent d'affirmer qu'il n'existe aucune lésion osseuse, ni articulaire, ni musculaire. Il n'y a aucun phénomène d'arthrite du poignet, ni de l'articulation radio-cubitale inférieure. Il n'y a pas d'atrophie du bras gauche, car la différence d'un demi-centimètre est tout à fait normale entre le bras gauche et le bras droit.

L'examen électrique a montré enfin qu'il n'y avait aucune névrite ; on peut regarder la très légère diminution de sensibilité à la douleur, du côté gauche, comme une chose insignifiante.

Il n'y a en résumé aucune lésion physique, et, à part le gonflement passager, produit par la constriction volontaire de l'avant-bras, il ne semble pas, qu'il en ait jamais existé, depuis l'examen du 31 août 1905.

Si le blessé n'a pas repris son travail, cela ne tient pas à une lésion quelconque du bras gauche mais bien plutôt à un état psychique, entretenu par les traitements médicaux, auxquels il

a été soumis et qui ont exercé sur lui, la suggestion la plus défavorable.

Il est incontestable, d'autre part, que peu de temps avant ce dernier examen, le blessé s'est appliqué un lien circulaire autour de l'avant-bras gauche.

Les résultats de cette constriction, qui représentent aujourd'hui la seule lésion constatée ne sauraient, à aucun titre être considéré comme phénomène consécutif au traumatisme du 24 juillet 1905.

Conclusions

1° Le sieur T... a été atteint à la suite de l'accident du 24 juillet 1905, de contusions avec excoriations de l'avant-bras gauche.

2° Il ne présente actuellement aucune lésion osseuse, articulaire, musculaire ou névritique de l'avant-bras gauche. Il a un très léger degré d'analgésie qui ne saurait gêner la fonction du bras gauche.

3° Il présente les traces de l'application d'un lien circulaire au niveau de l'avant-bras gauche.

4° Il n'y a donc actuellement aucune lésion physique appréciable, et il n'en a jamais été constaté lors des diverses expertises depuis le 31 août 1905.

5° Il n'y a donc pas d'incapacité de travail définitive.

Absolument rien ne démontre ni n'autorise à supposer que l'incapacité temporaire ait persisté après la date du 15 septembre 1905.

Rapport fait en vertu de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Paris, le 15 mars 1906.

Suivent les signatures des Drs Brissaud, Thoinot, et Méry.

État actuel.

Observation personnelle. — *6 août 1906.*

Depuis son accident de juillet 1905, M. T... n'a jamais travaillé régulièrement ; actuellement il fabrique, avec quelques autres de ses compatriotes, de la glace à rafraîchir qu'il va ensuite vendre dans la rue.

A la vérité si M. T... dit ressentir encore par moments une sorte d'engourdissement dans tout le membre supérieur gauche depuis le moignon de l'épaule jusqu'à l'extrémité du petit doigt, ce que nous ne pouvons d'ailleurs vérifier, l'examen le plus minutieux est absolument négatif.

Les articulations du membre supérieur gauche sont entièrement libres, il n'y a pas trace d'atrophie musculaire ; l'analgésie signalée a complètement disparu ; on constate seulement un léger tremblement éthylique des doigts.

Il n'y a ni rétrécissement du champ visuel, ni asthénopie accommodative ; les pupilles sont très légèrement inégales, mais régulières ; les réflexes pupillaires sont normaux.

On ne constate ni troubles du côté des sens spéciaux, ni trouble des réflexes tendineux, cutanés ou muqueux.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien, le pouls est normal, le sommeil est bon.

La mémoire et l'attention ne paraissent pas avoir subi de changement.

En somme Mr T... est guéri et nous semble capable d'exercer un métier plus rénumérateur que celui auquel il s'adonne pour le moment.

10 octobre 1906.— M. T... a totalement repris son travail de manœuvre.

Affaire N° 3

M^me^ Vve J..., 34 *ans, trempeuse de jouets de couleur.*

Accident, *le* 17 *octobre* 1903. *Contusions du genou droit.*

Premier rapport du 14 *juin* 1904 *par le professeur Reclus.*

Deuxième rapport du 13 *décembre* 1904 *par le professeur Brissaud.*

Non-conciliation le 28 *décembre* 1904.

Jugement du 27 *mai* 1905.

Arrêt d'appel *le* 8 *décembre* 1905 *allouant une rente de* 76 *fr.* 90.

Premier rapport

Nous soussigné, professeur Reclus, avons été commis à la date du 1^er^ juin, officieusement et sur la demande des parties, par M. le Président des conciliations, à l'effet d'examiner M^me^ veuve J... dire si l'état dans lequel elle se trouve, est consécutif à son accident du 17 octobre 1903, dire également si son état est définitif, et quel est le degré de diminution de capacité ouvrière qu'elle a subi.

Des dires de la malade et des certificats produits il résulte que M^me^ J... âgée de 34 ans, « trempeuse de soldats dans la peinture » est tombée le 17 octobre 1903, de sa hauteur sur le pavé,

en portant un bassin de peinture;elle aurait perdu connaissance. puis put rentrer chez elle, où elle reçut les soins du Dr Delmas. Le premier certificat de ce médecin daté du 21 octobre 1903, trois jours après l'accident, accuse une contusion violente du genou droit; un deuxième certificat du 17 novembre 1903 note des craquements articulaires dans le genou contusionné, mais il n'y aurait pas d'hydarthrose dans la jointure, et des craquements analogues, mais plus légers se retrouveraient dans le genou gauche.

Un troisième certificat du Dr Delmas montre qu'au 3 décembre, la situation s'est aggravée,il y aurait une contracture du jambier antérieur, provoquant la flexion permanente du pied droit, dont le bord interne porte seul sur le sol pendant la marche, il existerait en même temps, une contracture de l'extenseur propre du gros orteil, des douleurs dans le tibia droit, une légère atrophie du mollet, mais la jointure du genou, normale comme dimension, jouirait de tous ses mouvements normaux.

Le certificat, le quatrième, note des lésions plus graves encore : atrophie de la jambe, et d'une partie de la cuisse droite, ankylose du genou, ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, contracture musculaire mettant le pied droit en varus.

Nous avons examiné Mme J... aujourd'hui 14 juin 1904, et voici ce que nous avons constaté :

Le membre inférieur gauche,celui qui n'a subi aucun traumatisme, est épaissi, œdémateux,les téguments gardent l'empreinte du doigt, surtout sur le dos du pied, et cet œdème paraît dû à l'état de grossesse avancé de la malade.

Le membre inférieur traumatisé est en attitude vicieuse ; la jambe en flexion pemanente sur la cuisse est immobilisée dans cette situation par la contracture des muscles ; les mouvements de la jointure seraient possibles ; on peut même exagérer

assez facilement la flexion en pressant, sur le membre, mais une contraction volontaire de la malade, qui témoigne en même temps d'une vive douleur, arrête immédiatement l'extension.

Au niveau du cou-de-pied, autre attitude vicieuse, la flexion est permanente, l organe ne porte plus que sur son bord externe et sa face plantaire regarde presque directement en dedans.

La malade accuse une sensibilité exagérée,le moindre mouvement lui arrache des cris, la moindre pression lui provoque une douleur.

Nous constatons en même temps une légère atrophie musculaire, due peut-être à l'inaction du membre, et qui paraît peut-être plus considérable à cause de l'œdème du membre opposé. La malade ne peut marcher qu'avec deux béquilles, la jambe fléchie et le pied relevé, pour ne pas toucher le sol. Il nous serait impossible de déclarer que cet état sera permanent, nous devons considérer la demanderesse comme une malade qui a besoin d'être traitée et qu'il faudrait revoir après trois mois d'un traitement approprié ; ce traitement ne pourrait commencer qu'après les couches de la demanderesse.

Conclusions

1° L'accident du 7 octobre 1903, a eu comme conséquence immédiate : une contusion du genou droit.

2° Nous croyons comme le Dr Socquet que les troubles actuels ont bien pour cause l'accident du 17 octobre 1903.

Nous ne croyons pas qu'il s'agisse là d'hystéro-traumatisme, mais de troubles psychiques spéciaux qui ont créé les contractures musculaires et les attitudes vicieuses.

3° Nous ne croyons pas l'état actuel définitif, et nous consi-

dérons la demanderesse comme une malade qui a besoin d'être traitée et qu'il faudrait revoir après trois ou quatre mois d'un traitement approprié et qui devrait commencer trois ou quatre semaines après les couches de la demanderesse.

Paris, le 14 juin 1904.

Signé : Reclus.

Si M. le Président nous commettait une seconde fois comme expert, nous demanderions l'adjonction d'un médecin.

Signé : Reclus.

Deuxième rapport.

Nous soussigné Dr Brissaud avons été commis par M. le Président du Tribunal civil de la Seine à l'effet de voir et visiter Mme J... âgée de 34 ans, trempeuse de jouets de couleur, dire si par suite de l'accident du 17 octobre 1903, elle est ou non atteinte d'incapacité de travail, et dans le cas de l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'elle subit.

Le 17 octobre 1903, Mme J... portait une bassine avec une de ses compagnes, elle glissa et tomba, perdit connaissance et quelques instants après, revint à elle à l'étage supérieur où on l'avait transportée.

Elle n'avait pas de blessure apparente, mais elle sentait son genou droit endolori. Cependant elle put aller à pied, soutenue par une de ses camarades d'atelier, jusqu'à la place Daumesnil (à une faible distance du dit atelier), puis, de là, elle revient toute seule à pied à son domicile, 15, rue de R...

Ce premier fait implique que Mme J... n'avait ni fracture, ni luxation, tout au plus pouvait-elle avoir eu une entorse.

Les jours suivants, le genou droit devint de plus en plus dou-

loureux, le médecin qui vit Mme J... y perçut des craquements articulaires ; puis peu à peu tout le membre fut envahit par la douleur, les muscles se rétractèrent, la jambe prit une attitude de flexion permanente, le pied s'infléchit en varus, la cuisse elle-même se fléchit en abduction sur le bassin... et les choses demeurèrent en cet état et y demeurent encore à l'heure actuelle.

Malgré cette infirmité au moins temporaire Mme J..., put devenir enceinte et mener à bien sa grossesse.

Aujourd'hui l'attitude du membre est telle que nous venons de la décrire. Il s'agit de déterminer les causes qui donnent lieu à cette attitude.

Tout d'abord, nous éliminons une lésion persistante, quelle qu'elle soit, des articulations ; le genou lui-même est indemne. On peut étendre et fléchir progressivement la jambe sur la cuisse. Les mouvements d'extension et de flexion sont seulement limités et entravés par la défense douloureuse des muscles.

Il en est de même des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et de l'articulation coxo-fémorale qui n'ont été ni l'une ni l'autre intéressées dans le traumatisme.

Donc, s'il y a eu à l'origine un traumatisme du genou, les conséquences de ce traumatisme se sont généralisées à la totalité du membre inférieur droit, et elles consistent en une altération matérielle ou fonctionnelle des muscles ; d'où résulte une attitude vicieuse de tout le membre inférieur droit, telle qu'il serait actuellement impossible (à défaut de renseignements fournis par la blessée), de dire si c'est le genou ou la hanche ou l'articulation tibio-tarsienne que le traumatisme a mis en souffrance.

Le seul fait de l'extension lente et progressive d'un état mus-

culaire pathologique à la totalité du membre inférieur droit laisse déjà supposer que la complication dont il s'agit est d'origine nerveuse.

S'agit-il donc d'une névrite traumatique ?

Assurément non ; il n'existe ni douleurs en trajet, ni rétractions tendineuses. Tout au plus remarque-t-on une légère atrophie musculaire « en masse » de tout le membre inférieur droit, atrophie qui peut tenir autant à l'inaction du membre, qu'à une dystrophie névropathique.

S'agit-il d'une atrophie abarticulaire de la catégorie des atrophies réflexes ?

En aucune façon, car les atrophies de ce genre sont toujours très accusées, toujours indolores et ne s'accompagnent jamais d'attitudes vicieuses du genre des « attitudes forcées ».

S'agit-il d'une atrophie due à une rétraction des tendons ?

Pas davantage, attendu que les tendons ne sont pas rétractés, qu'ils glissent dans leurs gaines et que, si les mouvements sont limités, c'est parce que toute modification apportée à l'attitude vicieuse provoque des douleurs.

Si donc, tout provient chez M^me^ J..., de la douleur, quelle est la nature de cette douleur?

La douleur en question est survenue tardivement et s'est peu à peu généralisée à l'ensemble des muscles du pied, de la jambe, de la cuisse et même du bassin. Cette douleur n'est jamais spontanée; elle n'est jamais localisée, elle est totale et non localisable.

C'est là un des caractères des topoalgies nerveuses. De plus, elle est complètement indépendante de toute lésion articulaire ou péri-articulaire.

Il n'y a, ni ankylose vraie, ni fausse ankylose et, lorsqu'on

force légèrement, en dépit des plaintes que manifeste bruyamment Mme J... les mouvements de flexion et d'extension, la douleur reste, quel que soit le sens du mouvement, invariablement la même.

C'est donc d'une douleur de contracture qu'il s'agit et non d'autre chose.

Quelle est l'origine de cette contracture?

La contracture est, à n'en pas douter, une contracture exclusivement névropathique et nullement une contracture organique, vu que les réflexes tendineux sont normaux, sans clonus du pied, sans trépidation provoquée, enfin le réflexe plantaire en extension fait complètement défaut. Ces symptômes négatifs sont rigoureusement incompatibles avec une lésion organique.

Deux autres phénomènes confirment cette conclusion déjà très suffisamment motivée.

1° A la face antérieure du genou droit, à la face interne de la jambe droite, au bord interne du pied droit se sont produites spontanément de petites érosions superficielles, de nature dystrophique actuellement en voie de guérison.

Ces érosions, dépourvues d'ailleurs, de toute gravité, ne correspondaient pas à un territoire nerveux déterminé

Elles ont une topographie de hasard, et ne proviennent ni d'une altération nerveuse centrale, ni d'une altération nerveuse périphérique.

2° Le membre inférieur droit, à partir d'une ligne circulaire passant par le quart inférieur de la cuisse, est complètement anesthésique. L'anesthésie est totale, jusqu'aux orteils inclusivement.

C'est le type dit « de l'anesthésie en botte », qui, relève d'une névrose pure et jamais d'aucune autre maladie.

Nous ajouterons que si l'attitude vicieuse du membre inférieur droit, rend impossible la marche et oblige Mme J... à se servir de béquilles, rien ne justifie l'emploi des béquilles pour l'exécution de certains actes ou de certains mouvements simples qu'un blessé, un amputé de la cuisse, par exemple, peut toujours accomplir très facilement. C'est là un critérium de l'état névropathique, ou, pour mieux dire psychopatique ; aussi quand nous invitons Mme J... à se lever debout sur sa jambe gauche qui est parfaitement saine et robuste, comme si elle avait une jambe de moins, en s'appuyant sur nous, ou sur une table ou sur le dos d'un fauteuil, elle s'y refuse, elle s'empare de ses béquilles et ne veut pas essayer de se lever autrement qu'en s'appuyant sur ses béquilles ; ses béquilles font partie d'elle-même, elle n'admet pas qu'elle puisse s'en passer un seul moment.

Le trouble psychique survenu après coup lentement et progressivement accru et cultivé par la mère de Mme J... présente à notre examen, est la cause efficiente des contractures multiples et des attitudes vicieuses.

Ce trouble, loin d'être définitif est essentiellement curable. Sa durée est subordonnée à certains événements parmi lesquels la liquidation de l'affaire aura la plus grande influence.

Aucun moyen de traitement (électricité, massages, douches, etc.) ne peut modifier un trouble psychique par nature.

Des médecins de l'hôpital Saint-Antoine, MM. Thoinot, Thierry, Monod auraient dit à Mme J... qu'il était trop tard pour entreprendre aucune tentative de ce genre. Si nos confrères ont exprimé cette opinion, comme il est fort vraisemblable, nous y souscrivons nous-même sans réserve.

Enfin, la preuve de la nature psychique des troubles en question peut être faite.

Il suffirait que Mme J... consentît à l'anesthésie chloroformique. Mais il est probable qu'elle n'y consentira qu'après la solution du litige.

Pour toutes ces raisons nous concluons :

1° Mme J... est atteinte d'incapacité permanente partielle.

2° La réduction de capacité peut être estimée à 20 0/0.

3° Tout traitement médical ou chirurgical étant devenu aujourd'hui inutile, la date de consolidation de la blessure, peut être fixée à la date de ce jour.

13 décembre 1904.

Signé : Dr Brissaud.

État actuel.

Observation personnelle. — (10 *juillet* 1904).

Nous avons pu retrouver Mme J... et l'examiner.

Dès l'inspection, on peut constater une attitude en demi-flexion permanente de la jambe sur la cuisse, du côté droit.

Cette attitude de demi-flexion est déterminée par une contracture des muscles postérieurs de la cuisse, qui rend des plus limités les mouvements spontanés et provoqués. On constate, de plus au niveau de l'articulation du genou de petits craquements très fins, perceptibles à la main qui palpe, et se produisant tout au début de la période d'extension. Les articulations coxo-fémorale, tibio-tarsienne, et médio-tarsienne sont absolument indemnes.

D'autre part, la mensuration révèle une légère atrophie des

masses musculaires du mollet droit, qui à 10 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, présente 3 centimètres de moins que du côté gauche.

Lors de la marche, l'attitude en demi-flexion subsiste aussi bien qu'à l'état de repos. Mme J... marche en boitant, mais il est à remarquer qu'elle porte une chaussure à semelle surélevée qui, bien qu'indispensable suivant son dire, nous paraît contribuer, pour une assez large part, à exagérer la claudication.

Depuis deux mois Mme J... a abandonné progressivement ses béquilles, d'abord une, puis deux. Elle est actuellement capable de faire à pied un assez long trajet sans souffrir, mais, au bout de quelque temps de marche, sa jambe s'engourdit, dit-elle, et son genou devient le siège de fourmillements.

Les douleurs spontanées ont à peu près totalement disparu.

Au point de vue de la sensibilité objective, l'anesthésie en botte s'est réduite à une anesthésie en « chaussette » ; les téguments du pied dans son entier et la partie toute inférieure de la jambe jusqu'à 5 centimètres au-dessus des malléoles est insensible au contact et à la piqûre ; la sensibilité thermique est émoussée dans les mêmes régions.

Le réflexe cutané plantaire est aboli du côté droit ; il n'y a ni signe de Babinski, ni clonus du pied, les réflexes rotuliens des deux côtés sont normaux.

Il n'y a aucun trouble des sens spéciaux, ni des viscères ; on ne constate pas de signes d'éthylisme, ni de syphilis.

En résumé la maladie qui avait toujours été en empirant pendant le temps du procès semble considérablement améliorée depuis le règlement de janvier : disparition des douleurs, abandon des béquilles, facilité plus grande de la marche, régression de l'anesthésie, reprise du travail depuis huit jours.

D'ailleurs Mme J... est pleine de bonne volonté et préfère le travail aux tracas d'un nouveau procès.

Elle eût cependant préféré un capital une fois payé, qui lui aurait permis, dit-elle, d'acheter un petit fonds de commerce, à la rente de 76 francs par an qui ne saurait la sauver de la misère. Et en effet Mme Ve J..., a quatre enfants en bas âge et soutient une mère âgée ; son nouveau métier de cartonnière ne lui rapporte encore que fort peu.

Mme Ve J... reconnaît que son état est amélioré, mais elle n'a pas foi dans la guérison complète ; elle comprend cependant la nécessité de travailler.

Il y a tout lieu de croire, que dans ces conditions, les situations matérielle et morale s'amélioreront de pair assez rapidement et que la maladie aboutira à une guérison définitive.

Affaire nº 4

M. C..., 36 *ans, charpentier en fer.*

Accident *le* 27 *juillet* 1904 : *Plaie du bras gauche par un éclat de « tranche ».*

Enquête close le 4 *octobre* 1904.

Jugement du tribunal civil le 3 *novembre* 1904 *commettant le professeur Brissaud comme expert.*

Conciliation *le* 24 *novembre* 1904. *La rente est fixée à* 100 *francs, rachetable à* 1732 *francs, le salaire annuel étant de* 2250 *francs et le déchet de* 10 0/0.

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président du tribunal civil

de la Seine, à l'effet, dispensé du serment du consentement des parties, de voir et visiter M. C..., dire si par suite de l'accident du 27 juillet 1904, il est atteint ou non d'incapacité de travail, permanente ou temporaire, totale ou partielle, et dans l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'il subit, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 27 juillet 1904, M. C... âgé de 36 ans, charpentier en fer, reçut à la partie interne du bras gauche un éclat de « tranche ».

La plaie produite par la pénétration de l'éclat saigna avec abondance. Le blessé, transporté chez un pharmacien subit un pansement provisoire qui mit fin à l'hémorragie.

Le lendemain, il se rendit à l'hopital Necker, où M.le Dr Routier, chirurgien, détermina au moyen de la radiographie, le siège du corps étranger métallique, puis il fut procédé à l'extraction de ce corps qui avait pénétré dans la masse charnue du biceps.

Les suites de l'intervention opératoire furent des plus simples, et M. C... quitta l'hôpital le 6 août. La cicatrisation de la blessure et de la plaie opératoire était complète.

Cependant M. C... ne pût se remettre au travail. Il ne cessait de ressentir, au niveau de la cicatrice et dans la profondeur du bras une gêne permanente ; cette gêne devenait une véritable douleur lorsqu'il voulait étendre l'avant-bras en attitude rectiligne sur le bras.

Depuis sa sortie de l'hôpital, M. C... a constamment éprouvé dans les mêmes conditions, la même gêne et la même douleur. Et là, résiderait exclusivement selon son dire, la cause de son incapacité persistante de travail.

Aujourd'hui 9 novembre, nous trouvons donc le blessé dans une situation identique à celle où il se trouvait le 6 août 1904.

M. C... est un homme robuste et de très belle santé. Il ne présente aucune trace d'atrophie musculaire ni au bras, ni à l'avant-bras du côté blessé. L'insignifiante différence millimétrique de la circonférence des deux bras, au profit de l'avant-bras droit ,s'explique pár le fait que M. C... est droitier.

Vers le bord interne du biceps gauche, un peu au-dessous du milieu du bras, se trouve une cicatrice de deux centimètres et demi de long, un peu épaisse et comme chéloïdienne, rougeâtre, indolore. Cette cicatrice d'ailleurs non adhérente aux parties profondes, ne peut en soi, gêner les mouvements de flexion et d'extension.

Seul, le mouvement d'extension de l'avant-bras est difficile, presque impossible même, affirme M. C..., lorsque l'avant-bras devient presque rectiligne sur le bras.

L'attitude rectiligne est alors douloureuse, le biceps se contracte spasmodiquement et M. C... résiste au mouvement d'extension passive qu'on cherche à imprimer à l'avant-bras.

Mais s'agit-il d'un spasme véritable, c'est-à-dire d'une contraction tonique involontaire? Ne s'agirait-il pas d'une rétraction tendineuse? Enfin, à la rigueur ne pourrait-on pas supposer que M. C..., contracte volontairement sans s'en rendre compte son muscle biceps ?

Du reste ces trois hypothèses ne s'excluent pas entre elles ; et il est admissible que les trois conditions d'incapacité correspondantes, contribuent chacune pour leur part, à la difficulté des mouvements d'extension.

1° D'abord il est certain que M. C..., exagère à son insu la contraction du biceps. On en juge aisément en provoquant par surprise l'extension de l'avant-bras au delà de l'attitude que M. C... prétend ne pouvoir dépasser.

2° L'hypothèse d'une rétraction tendineuse n'est acceptable qu'à la condition que les fibres profondes du biceps, s'insérant sur le tendon inférieur aient été lésés. Cela est possible. En tout cas, l'incapacité d'étendre l'avant-bras n'est rigoureusement pas imputable à cette seule cause.

3° Quant au spasme véritable, son influence, quoique minime ne paraît pas douteuse et voici pourquoi : Quiconque cherche à empêcher, par une contraction musculaire, l'extension de l'avant-bras sur le bras, contracte toujours le muscle long supinateur en même temps que le biceps. Nul ne peut, par le seul fait de la volonté, dissocier l'action invariablement simultanée des deux muscles. Or lorsqu'on étend l'avant bras de M. C... sur le bras, on se rend compte que le muscle long supinateur ne se contracte pas ou ne se contracte qu'à peine. Donc la contraction du seul muscle biceps ne peut être une contraction exclusivement volontaire.

Mais en faisant la part aussi large que possible à l'incapacité matérielle résultant de l'accident, il est de toute évidence que cette incapacité peut être très facilement corrigée par des exercices, des efforts et une certaine acceptation de la douleur, à laquelle M. C... n'a pas encore su se résoudre. Étant donné que la fibre musculaire est restée parfaitement normale, (comme il résulte du consciencieux examen électro-diagnostic pratiqué par notre distingué confrère M. le Dr Huet), la récupération de l'aptitude fonctionnelle implique ces efforts, même au prix de la douleur passagère qu'ils peuvent produire.

M. C.... est donc seul capable de parachever sa guérison. Aucune intervention thérapeutique ne peut désormais remplacer sa propre bonne volonté et son action personnelles.

Conclusions

1° M. C... est atteint d'incapacité permanente et partielle.

2° La réduction de capacité peut être évaluée à 10 0 0.

3° Tout traitement étant devenu inutile, la consolidation de la blessure peut être considérée comme datant de ce jour.

Paris, le 9 novembre 1904.

Signé : Dr E. Brissaud.

État actuel.

Observation personnelle. — (*2 août 1906*).

M. C..., aussitôt après avoir touché son indemnité de 1.732 francs, s'est acheté une baraque en bois dans la zone militaire des fortifications. C'est là que nous le retrouvons un lundi matin, bêchant vigoureusement son jardin.

M. C... est fortement constitué et admirablement musclé; il est tout à fait bien portant.

Depuis un an environ, il a repris son travail de charpentier; lors des jours de chômage, il conduit des chevaux.

Or M. C... est méfiant, et ne se laisse pas facilement examiner, mais de la constatation même de ses travaux de jardinage et d'après des renseignements précis prouvant qu'il travaille régulièrement, nous pouvons affirmer que M. C... est complètement guéri de sa contracture du biceps gauche et qu'il a totalement récupéré sa valeur ouvrière.

Affaire N° 5

M. B..., 34 *ans, couvreur.*

Accident *le* 26 *octobre* 1904. *Chute, fracture de la douzième côte gauche, et contusion de la jambe gauche.*

Rapport du professeur Brissaud le 17 *mai* 1905.

Non conciliation le 24 *mai.*

Conciliation *le* 7 *juin* 1905. *Le salaire de base étant de* 1800 *francs, la réduction de* 2 0/0, *on fixe la rente à* 18 *francs rachetable à* 325 *francs.*

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, avons été commis par M. le Président des conciliations, à l'effet de, dispensé du serment du consentement des parties, voir et visiter M. B..., âgé de 34 ans, couvreur, dire si par suite de l'accident du 26 octobre 1904, il est ou non atteint d'incapacité de travail totale ou partielle, permanente ou temporaire, et dans le cas de l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'il subit, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 26 octobre 1904, M. B... travaillant sur un toit, tomba d'une hauteur de 1 m. 50 environ sur l'angle de bois d'un châssis placé au-dessous de la couverture. Il perdit immédiatement connaissance et ne revint à lui qu'au bout de cinq à six minutes. On l'aida alors à redescendre l'escalier jusqu'au rez-de-

chaussée, ce qu'il put faire d'ailleurs sans trop de difficulté, et il rentra à pied à son domicile, situé, paraît-il, à cinq minutes du chantier où l'accident venait d'avoir lieu.

Le Dr Richard, appelé auprès du blessé constata que deux ou trois côtes étaient fracturées à la base du thorax du côté gauche. M. le Dr Richard appliqua le pansement classique au diachylon et prescrivit le repos.

Outre les fractures de côtes, M. Richard signala dans le certificat d'origine de la blessure, une ecchymose de la jambe gauche, produite par une rupture de l'aponévrose jambière antérieure.

M. B... garda le lit pendant vingt jours, puis il quitta la chambre et depuis cette époque il n'a cessé d'aller et venir, de se promener quotidiennement, sans pouvoir cependant reprendre son travail.

M. B... n'a pas repris son travail parce qu'il souffre des reins, et qu'il doit renoncer à se pencher en avant et à gauche ; il le dit du moins. Rien actuellement n'explique cette impossibilité ; il n'en existe aucune preuve matérielle : la conformation est parfaite, il n'y a pas d'atrophie musculaire et pas de déplacements articulaires.

M. B... se plaint aussi d'une douleur à la partie antérieure de la jambe gauche ; là non plus il n'y a aucun indice d'une lésion quelconque consécutive à l'accident. Des pointes de feu ont été appliquées au niveau de la prétendue rupture de l'aponévrose jambière ; s'il y a eu rupture, tout est consolidé désormais.

La jambe ne présente aucune déformation, pas la plus légère diminution de volume, pas le moindre trouble trophique.

M. B..., a une mine excellente, de bonnes proportions, il est apte à tous les travaux, et s'il ne prétendait souffrir au point de ne plus pouvoir travailler, il ne viendrait jamais à l'idée de

personne qu'il ait perdu la plus petite partie de sa capacité ouvrière.

Mais comme la douleur dont il se plaint peut être, à l'extrême rigueur, considérée comme une de ces topoalgies névropathiques qui réduisent dans une très faible mesure et pour une durée indéterminée la capacité de travail, nous concluons :

Conclusions

1° M. B..., est atteint d'incapacité permanente partielle ;

2° La réduction de capacité peut être évaluée à 2 0/0 au maximum ;

3° La date de consolidation de la blessure occasionnée par l'accident du 26 octobre 1904 est la date du jour de l'expertise.

Paris, le 17 mai 1905

Signé : E. Brissaud.

État actuel

Observation personnelle (*juillet 1906*).

M. B... a 34 ans ; il est solide et bien portant. On ne trouve pas trace de contracture ni de la masse sacro-lombaire, ni des muscles de la région antérieure de la jambe gauche ; on ne constate ni atrophie musculaire, ni troubles de la sensibilité objective, ou subjective.

M. B... ne présente aucun stigmate d'hystérie.

La guérison s'est effectuée progressivement dans les deux mois qui ont suivi la conciliation de juin 1905. M. B... a repris

son travail de plombier-couvreur au mois de septembre et ne l'a pas interrompu depuis cette époque.

Actuellement il travaille régulièrement et gagne cinq francs par jour; sa femme gagne trois francs de son métier de couturière.

Nous considérons donc à bon droit, M. B... comme complètement guéri.

Affaire N° 6

M. C..., *48 ans, menuisier.*

Accident *le 26 mars* 1904 *: Chute d'une hauteur de 7 mètres, luxation acromio-claviculaire, subluxation du pouce droit.*

Expertise du professeur Brissaud le 20 *juillet* 1904.

Conciliation *le 27 juillet* 1904. *Le salaire étant de* 2.100 *francs, la réduction de* 10 0 0, *on fixe la rente à* 100 *francs, rachetable à* 1.500 *francs.*

Rapport

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le président des conciliations, officieusement et sur la demande des parties à l'effet de, voir et visiter M. C..., dire si par suite de l'accident du 26 mars 1904 il est ou non atteint d'incapacité permanente, et dans le cas de l'affirmative, quelle est la réduction de capacité qu'il subit dans son travail, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 26 mars 1904, M. C..., âgé de 48 ans, menuisier était

occupé à démonter une passerelle à une hauteur de 7 mètres environ. Une planche ayant cédé, M. C..., tomba de cette hauteur sur le sol. Dans sa chute qui fut immédiatement suivie de perte de connaissance, il se fit une fracture ou une luxation de l'articulation acromio-claviculaire et une subluxation de la phalange du pouce droit.

La perte de connaissance dura selon M. C..., quatre jours (?) La lésion de la région acromiale fut examinée de près ; on fit même une radiographie. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux aujourd'hui que cette lésion se borne à une subluxation de l'articulation acromio-claviculaire, en d'autres termes à une luxation incomplète de l'acromion en haut ou de la clavicule en bas.

Quant à la subluxation du pouce droit, l'usage de l'articulation l'a peu à peu réduite spontanément, et il ne subsiste de cette lésion traumatique qu'un léger élargissement du pouce.

A première vue ces deux lésions semblent avoir quelque importance parce qu'elles sont apparentes, même de loin. En réalité, elles n'en ont aucune. Sans doute elles produisent chacune pour son compte une déformation. mais cette déformation n'entraîne aucune conséquence au point de vue professionnel. Tous les mouvements sans exception sont parfaitement libres et il n'y a pas d'atrophie musculaire, même au plus faible degré, ni de l'épaule, ni du bras, ni de l'avant-bras, ni de la main.

M. C... dit qu'il ne peut plus lever le bras et il le lève; il dit qu'il ne peut fermer le pouce, et il le ferme; il prévoit qu'il ne pourra plus jamais travailler pour gagner sa vie ; il est tout au noir; il ne veut pas voir l'évidence, convenir qu'il est capable d'exécuter des mouvements du bras et de la main au moment même où il les exécute.

D'ailleurs ce ne sont pas tant les deux blessures de l'épaule et du pouce dont il a souci que des « fragments qu'il a dans le corps. » Il croit que la chute qu'il a faite l'a « brisé à l'intérieur » et il affecte un halètement que rien n'explique : l'auscultation prouve sans aucune restriction que la respiration est irréprochable. Le cœur est absolument normal.

Une légère hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite complète chez M. C..., le tableau de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

En raison des troubles psychiques surajoutés au traumatisme dont les conséquences matérielles, en dépit des apparences ne doivent plus compter pour rien, nous concluons.

Conclusions

1° M. C... est atteint d'incapacité permanente partielle.

2° La réduction de capacité peut être fixée à 10 0/0.

Paris, le 20 juillet 1904.

Signé : E. Brissaud.

État actuel

Observation personnelle (*20 août 1906*).

M. C... est voûté, grisonnant ; nous le voyons remonter d'un pas lourd son escalier.

Ce n'est d'abord qu'avec défiance qu'il répond à nos questions.

Nous arrivons cependant à capter sa confiance et il se prête obligeamment à notre examen.

La luxation acromio-claviculaire et la subluxation du pouce droit sont restés dans le même état.

Il en est de même pour les phénomènes d'ordre psychique :

M. C... est resté sombre depuis son accident ; il parle peu à ses voisins, son attention se fatigue rapidement et c'est au bout de peu de temps qu'il est obligé d'abandonner le journal qu'il veut lire.

Il se sent faible, il n'a plus le même ressort qu'autrefois ; son sommeil est entrecoupé de cauchemars.

On ne constate chez M. C... aucun trouble moteur, les réflexes rotuliens sont normaux.

Au point de vue sensitif on constate toujours une légère diminution de la sensation de contact et de piqûre dans tout le côté droit.

Il n'y a ni rétrécissement du champ visuel, ni troubles pupillaires ; l'odorat, le goût et l'ouïe sont indemnes.

Les sphincters sont intacts.

L'appétit est moyen, les digestions lentes. On n'observe ni troubles cardio- vasculaires, ni signe de Mankoff.

M. C... a repris son travail environ six mois après le règlement du 27 juillet 1904 ; il exerce toujours la profession de menuisier, mais sa valeur ouvrière est fortement diminuée : au lieu d'un salaire de sept francs par jour, il ne peut guère arriver à gagner plus de trois à quatre francs ; M. C... ne paraît pas cependant manquer de courage, et il arrive à payer régulièrement son maigre loyer.

En résumé l'état de M. C... paraît stationnaire.

Affaire N° 7

M. Fl..., 38 *ans, tonnelier.*

Accident *le 4 décembre* 1899 *: Piqûre de l'index gauche par morceau de verre.*

Jugement du 6 *mars* 1900 *: on accorde* 121 *fr*, 25 *pour indemnité temporaire.*

Sur ces entrefaites le blessé retourne dans son pays natal (Cher).

Jugement du tribunal de paix le 1er *mai* 1900 *: le blessé demande* 150 *francs d'indemnité pour frais de médicaments et de déplacement.*

Opposition par la Société d'assurances.

Jugement du 22 *mai* 1900, *confirmant le jugement du* 6 *mars.*

Jugement du 10 *octobre* 1900, *accordant* 250 *francs de rente payables par trimestre à partir du* 19 *février* 1900.

L'affaire continue cependant en 1901. *Après de nouveaux certificats et rapports du Dr Debrade et du Dr Verneuil, un arrêt d'appel du* 23 *novembre* 1901 *base la rente sur une incapacité de* 66 0/0.

Revision. — *Une demande en revision est introduite par la Compagnie d'assurances le* 30 *août* 1904. *Elle est basée sur l'amélioration du blessé :*

Disparition du tremblement et possibilité d'écrire, possibilité de se livrer aux travaux des champs, de conduire une voiture.

La compagnie propose de supporter les frais de retour à Paris, et le séjour dans un hôpital qu'il plaira au tribunal de désigner pour la mise en observation de M. F..., pendant le temps nécessaire, afin notamment de vérifier la sincérité du tremblement prétendu.

Appel en conciliation devant le juge de paix.

Nouvelle expertise le 8 *septembre* 1904 *du Dr Debrade.*

Jugement du 26 *novembre* 1904 (*Me Duchauffour*).

Le tribunal nomme le Professeur Brissaud comme expert, ordonne une enquête et la mise en observation du malade dans un hôpital à désigner par l'expert.

Le blessé interjette appel ; il est en province ; tout est remis en cause.

L'expertise du Professeur Brissaud a lieu le 10 *avril* 1905.

Jugement du 15 *avril* 1905. *La rente est ramenée à* 144 *fr.* 75.

Appel : Un certificat de M. le Dr Déjerine est présenté constatant un tremblement des membres supérieurs.

Arrêt d'appel le 24 *novembre* 1905 *confirmant le jugement du* 15 *avril* 1905 ; *le blessé est condamné aux frais.*

L'affaire n'est pas encore terminée : le blessé ne paie pas les frais qui s'élèvent à la somme de 282 *francs.*

En avril 1906, *sur saisie, il paye.*

Les débats sont définitivement clos : ils ont duré de 1899 *à* 1906.

Rapports.

Certificat du 7 mars 1901 (Dr Debrade).

Ankylose complète en extension de l'index gauche atrophié : névrite du membre supérieur entraînant un tremblement de tout le membre.

De plus existe un tremblement du bras droit, l'empêchant d'écrire et de travailler.

Rapport du 14 juillet 1901 (Dr Debrade).

Ankylose complète, permanente, absolue de l'index gauche dans l'extension, effilement et diminution du volume du doigt par suite de l'élimination du tendon fléchisseur ; le pouce et les trois derniers doigts de la main gauche, peuvent se fléchir dans la main à peu près complètement, mais toutefois pas assez pour permettre de tenir un outil et de le manier convenablement pour un travail déterminé.....

État général satisfaisant. — Pas d'atteinte grave de la santé. En outre les deux mains sont atteintes d'un tremblement continuel qui met le sieur F... dans l'impossibilité de faire aucun travail dépendant de sa profession de tonnelier.

F... prétend que ce tremblement a commencé dans le courant de février 1900 ; époque à laquelle il a voulu reprendre son travail, mais dès le 5 avril suivant il était obligé de cesser de travailler à cause des douleurs qu'il ressentait dans l'index gauche, avec propagation dans tout le bras, accompagné de tremblements qui ne tardèrent pas à se faire sentir également dans le bras droit.

Il fut conseillé à F... de se rendre à la campagne, ce qu'il fit du reste en juin 1900.

Depuis cette époque, les tremblements dans les deux bras ont persisté et ont empêché le sieur F... de faire aucun travail. Je ne connais pas les antécédents de cet homme mais à M... il passe pour être sobre et ne pas avoir d'habitude d'intempérance.

Rapport du 15 Août 1901. — (Dr Verneuil)

Nous soussigné, Verneuil Georges, docteur en médecine de la Faculté de Paris, expert près le tribunal, médecin de l'hospice de Saint-Amand, avons été commis à l'effet :

1° De visiter le sieur F... domicilié à M.-s.-A.

2° De constater l'état actuel du blessé et s'il s'est produit une aggravation, des conséquences primitivement prévues, en rechercher les causes.

3° Fixer la date de la consolidation de la blessure.

4° Dire si par suite de l'accident, F... a été atteint d'une incapacité de travail permanente ou partielle.

Et dans ce dernier cas, dans quelle proportion a été diminuée la validité professionnelle du blessé.

Nous allons traiter successivement ces quatre points.

1° Visiter le sieur F...

Notre visite au sieur F... a eu lieu le 13 juillet 1901 à M.-s.-A.

F... était levé, habillé, se tenant mal sur les membres inférieurs.

Les membres supérieurs étaient animés d'un tremblement fort pénible sur lequel nous aurons à revenir.

2° État actuel du blessé.

D'un long et minutieux examen de la blessure du sieur F... il résulte ce qui suit :

F..., ouvrier tonnelier, né le 17 septembre 1861 contractait dans le cours de son travail une blessure à l'index gauche, le 4 décembre 1899.

Cette blessure eut pour conséquence immédiate la production d'un phlegmon profond, s'étendant à tout le doigt et bientôt à la main, nécessitant à plusieurs reprises l'intervention des chirurgiens, et déterminant des lésions et des déformations permanentes que nous allons décrire.

Le doigt blessé, index gauche, est dans un état de raideur absolue par suite de l'ankylose complète des trois articulations.

Les tendons des muscles extenseurs de ce doigt, ont subi une forte rétraction et par suite, lui ont imprimé une courbure de dedans en dehors, par suite de laquelle le doigt, que la main soit étendue et surtout qu'elle soit fermée, reste toujours fortement en dehors des autres doigts.

Cette courbure en dehors du doigt indicateur jointe à la raideur rendent la main absolument impropre au travail professionnel de F... et serait une source perpétuelle d'accidents surtout lorsque cet ouvrier ferait usage des instruments tranchants inhérents à sa profession, la dolloire par exemple.

Les muscles de la main et de l'avant-bras gauche sont notablement atrophiés.

Cette atrophie est surtout remarquable pour les muscles extenseurs, pour les muscles interosseux et ceux des éminences thénar et hypothénar.

Le volume de l'avant-bras gauche présente une différence de près d'un centimètre avec celui de l'avant-bras droit.

Cette atrophie n'est pas sensible au bras.

Le membre supérieur gauche est le siège de douleurs spontanées suivant le trajet des nerfs. La peau est sensible à la pression et cette sensibilité se continue jusqu'aux apophyses vertébrales.

Tout le membre supérieur gauche est animé d'un tremblement qui a gagné le membre supérieur droit, tremblement qui s'arrête pendant le sommeil pour recommencer au réveil, qui rend impossible la préhension des objets et l'expose à laisser tomber tout ce qu'il veut soulever.

Tremblement, atrophie musculaire, douleurs spontanées ou provoquées sont le résultat d'une névrite, d'une inflammation des nerfs de la région, ayant son point de départ dans l'inflam-

mation (plhegmon) des tissus et ensuite dans la compression exercée sur ces nerfs, par la rétraction des tissus cicatriciels, cutanés et profonds.

Ce sont bien là, les complications, l'aggravation des conséquences primitivement prévues de la blessure.

Les causes en sont inhérentes à l'affection inflammatoire occasionnée par l'accident et ne sauraient reconnaître une influence morbide antérieure, dont nous avons cherché en vain les symptômes (syphilis, rhumatisme, tuberculose, etc).

3° Fixer la date de la consolidation de la blessure.

La blessure primitive est guérie.

Les conséquences s'arrêteront-elles au point où elles en sont aujourd'hui ?

Où s'arrêteront les effets de la rétraction des tendons et la rétraction des tissus cicatriciels ?

La névrite qu'elles ont engendrée rétrogradera-t-elle ?

Ou bien au contraire la dégénérescence des nerfs gagnera-t-elle les faisceaux de la moelle épinière ?

Le temps seul résoudra ces questions.

4° Incapacité de travail. Validité professionnelle du blessé.

De ce qui précède, il est facile de tirer des conclusions.

La raideur du doigt, les douleurs du membre supérieur gauche, le tremblement des deux membres supérieurs mettent F... dans l'impossibilité absolue de reprendre son travail.

Sa validité professionnelle est réduite à néant.

L'incapacité du travail de sa profession est totale, permanente.

Saint-Amand, 15 août 1901.

Signé : Dr Verneuil.

Rapport du 8 septembre 1904 (Dr Dedrade).

Ankylose complète des trois articulations des phalanges de l'index, main gauche ; rétraction en arrière de ce doigt dans le sens de l'extension, de l'atrophie de ce même doigt.

Impossibilité de la flexion. Le pouce et les trois autres doigts peuvent se fléchir complètement. Le volume de la main et du bras gauche est sensiblement le même que celui du côté opposé. Coloration normale des tissus de la main gauche. Tremblement continu de la main gauche s'accentuant quand on fait étendre le bras et écarter les doigts.

Même tremblement au bras droit et à la main droite.

Le sieur F... affirme qu'il ressent d'une façon presque continue des douleurs partant de la nuque et s'irradiant dans les deux bras.

Il se plaint également de vertiges qui le gênent pour la marche surtout quand il fait les premiers pas, mais au bout d'un instant la marche est facile.

Pas d'albumine dans l'urine.

État général paraît bon, pas d'amaigrissement, bon teint...

Le malade a fait pendant quatre ans une cure aux eaux de Néris et y repart aujourd'hui pour y faire une nouvelle saison.

Il affirme que depuis son accident il n'a jamais été capable de faire aucun travail, qu'il peut conduire et suivre aux champs les vaches de ses parents, mais rien autre chose.

L'écriture est tremblante et difficile.

Rapport du 10 avril 1905. (Dr Brissaud).

Nous soussigné E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par jugement de M. le Président du tribunal civil de la Seine, à l'effet de, dispensé du serment du consentement des parties, voir et visiter F..., prendre connaisance des rapports du Dr Verneuil, des certificats des Drs Beledre, Mouchut, et Peyrot, s'entourer de tous renseignements, rechercher si depuis l'expertise du Dr Verneuil une amélioration s'est produite, et si l'incapacité de travail a cessé d'être absolue, en cas d'affirmative donner notre avis sur la diminution de validité professionnelle que cet ouvrier subit actuellement.

Nous avons examiné M. F... en présence de sa mère et du médecin de la Compagnie d'assurances *La M.* nous avons pris connaissance de tous les certificats ci-dessus mentionnés et du rapport de M. le Dr Verneuil et voici le résultat de notre expertise à la date du 10 avril 1905.

M. F... âgé de 43 ans, tonnelier est atteint d'ankylose complète du doigt indicateur gauche.

L'ankylose est consécutive à un panaris profond « panaris osseux » survenu en décembre 1899, du fait d'une coupure de verre de bouteille, 4 décembre 1899.

Ce panaris fut soigné par M. le Dr Liot, chirurgien des hôpitaux; l'inflammation plegmoneuse du doigt fut sérieuse, il fallut faire deux incisions, l'une à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne, l'autre à la face postérieure de la même articulation.

Le blessé resta à l'hôpital Beaujon, pendant 78 jours (?)

Il ne nous apporte pas de certificat de séjour, mais comme il

nous dit d'autre part qu'il a pu reprendre son travail à la fin de février, il est certain que lors de sa sortie de l'hôpital (20 février) la guérison était complète.

Il recommença donc à travailler et pour éviter l'irritation du doigt par les frottements, les chocs, le contact de l'eau, il prit la précaution de garantir avec un doigt de gant, le doigt encore susceptible.

C'est ainsi qu'on fait toujours après un panaris; le doigt de gant est à peu près indispensable.

Il est quelquefois nécessaire de le porter pendant plusieurs semaines.

Mais M. F... remarquant que le travail faisait gonfler son doigt cessa de travailler dès la fin de la troisième semaine.

Et depuis lors, il dit avoir été complètement incapable de se livrer à aucun travail.

Il a quitté Paris, il vit avec sa mère à M.-S.-A-. (Cher).

Aujourd'hui, le doigt ankylosé, cyanosé, atrophié, est comme à la date où M. F.. reprit son travail, absolument inapte à toute fonction.

Le fait est constant, irrémédiable et s'il n'y avait qu'à décider sur la réduction de capacité qui résulte de cette inaptitude fonctionnelle, notre rôle se bornerait à l'estimer au chiffre de 12 0/0 qui correspond à l'évaluation maxima.

Mais depuis l'accident et même longtemps après que M. F... avait repris et interrompu son travail, un tremblement apparut dans le bras gauche, puis dans le bras droit, et c'est à ce tremblement que M. F... attribue actuellement son incapacité de travail.

Le tremblement dont il s'agit est essentiellement variable.

Il cesse par instants, comme si le malade oubliait de trem-

bler, et quand on le fait constater au blessé lui-même, les tremblements recommencent.

Ce tremblement d'ailleurs est trop léger pour empêcher M. F... de travailler.

Il ne l'empêche même pas d'écrire.

Il n'a ni le caractère « menu » du tremblement parkinsonien, ni le caractère « intentionnel » du tremblement de la sclérose en plaques, ni le caractère « rythmé » du tremblement des myoclonies.

Bref, il n'a aucune analogie avec les tremblements pathologiques classés.

Il ressemble plutôt au tremblement assez vaguement qualifié d' « essentiel » et décrit par Charcot, sorte de tremblement sénile prématuré, qui du reste, ne fait obstacle à aucun travail.

Nous devons ajouter que le tremblement de M. F... n'a rien à voir avec la prétendue névrite signalée dans les certificats antérieurs qui, si elle a existé, est complètement disparue aujourd'hui.

En effet, nous n'avons constaté chez M. F... ni atrophie musculaire, ni troubles trophiques de la peau ou des ongles, ni hyperesthésie des trajets nerveux ou radiculaires.

A supposer qu'une névrite ait été la conséquence tardive et passagère du panaris; ce qui n'est pas impossible, il n'y en a plus trace actuellement, et en tout cas, il est inadmissible d'établir une connexion quelconque entre cette névrite guérie et le tremblement intermittent.

Au surplus, et quoiqu'il soit inutile d'insister sur l'incompatibilité d'une névrite et d'un tremblement, nous nous borne-

rons à rappeler que la névrite aurait été signalée au membre supérieur gauche et que le tremblement est bilatéral.

M. F... jouit d'une santé excellente, il est bien constitué, bien musclé.

Il ne présente aucune modification des réflexes cutanés ou musculaires.

Ses organes sensoriels sont intacts.

Il n'y a pas non plus de lésions pulmonaires, pas de lésions cardiaques.

Il se plaint d'avoir mal à la tête, mal aux reins, et il parle d'un ton dolent et pleurard, qui jure avec sa bonne mine.

Enfin M. F... dit qu'il ne peut pas travailler et il porte aux deux mains les stigmates du travail.

Il a dans la main droite comme dans la main gauche, à la base des articulations métacarpo-phalangiennes des durillons palmaires qui témoignent irrécusablement qu'il manie la bèche ou la pioche, ou la pelle, ou le râteau.

Si M. F... était un simulateur, il aurait pris soin de faire disparaître ces preuves qui ne laissent place à aucun doute.

Le manche d'un outil, peut seul provoquer la formation de ces durillons caractéristiques.

Au reste, M. F... le sait bien, et cette constatation le déconcerte, alors il nous dit : « C'est vrai, quelquefois pour m'amuser je fais une chose ou une autre. »

A son insu, M. F... travaille plus, beaucoup plus qu'il ne croît.

Il a l'habitude de manier un manche d'outil. Rien que l'habitude de l'outil peut produire les durillons du travail.

Il est donc très loin d'être inapte à un travail plus suivi que celui qu'il exécute pour s'amuser.

Conclusions

1° M. F... est atteint d'une incapacité de travail permanente partielle.

2° La réduction de capacité peut être évaluée à 12 0/0.

3° La date de la consolidation de la blessure nous échappe, à moins qu'elle ne soit fixée au jour où après sa sortie de l'hôpital, M. F... a repris son travail.

Fait et clos à Paris, à la date du 10 avril 1905 .

Signé : Dr Brissaud.

État actuel.

Enquête personnelle (*30 juillet 1906*).

M. F... est retourné dans son pays. Nous devons à l'obligeance du Dr Debrade les renseignements suivants :

« J'ai pu savoir que M. F... travaille péniblement aux ouvrages de la campagne ; il ne peut faire environ que le quart du travail d'un ouvrier ordinaire.

Il a toujours le tremblement de la main gauche, qui s'exagère par la fatigue ; quand il est bien reposé, il peut écrire, mais il se fatigue vite, et au bout de peu de temps l'écriture se déforme, et il est obligé de s'arrêter.

Il est bien certain que son état ne s'est pas amélioré depuis son séjour dans les Hôpitaux de Paris, où il a été examiné.

Il n'est guère possible d'avoir d'autres renseignements, car M. F... ne se prêterait probablement pas volontiers à un examen. »

En résumé, l'état de M. F... paraît stationnaire.

Affaire n° 8

M. B..., 42 *ans, charpentier en fer.*

Accident *le* 20 *décembre* 1902 : *Plaie contuse de la région pariétale gauche par chute d'un morceau de fer.*

Conciliation *le* 23 *avril* 1903, *fixant la rente à* 26 *francs rachetable.*

Revision *par le blessé en juillet* 1905.

Expertise *du Professeur Brissaud le* 6 *août* 1905.

Conciliation *le* 24 *août* 1905. *La rente est fixée à* 52 *francs, rachetée à* 600 *francs.*

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président des audiences de conciliation à l'effet d'examiner M. B..., dire si par suite de l'accident du 28 décembre 1905, il est ou non atteint d'incapacité de travail totale ou partielle, permanente ou temporaire et, dans le cas de l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'il subit, fixer la date de la consolidation.

M. B..., âgé de 43 ans, est charpentier monteur en fer. Le 20 décembre 1902, au cours de son travail, il reçut sur la tête un morceau de fer, perdit l'équilibre et tomba de la charpente où il était juché, environ la hauteur d'un étage.

On le transporta sans connaisance à l'hôpital de la Charité. Il avait une plaie contuse du cuir chevelu dans la région parié-

tale gauche, et comme il était plongé dans un coma profond, on admit la possibilité d'une fracture du crâne.

C'est seulement au bout de cinq à six jours que M. B... revint à lui. La commotion cérébrale avait été violente, et la guérison de la blessure fut relativement lente; le séjour à l'hôpital dura un mois, c'est-à-dire jusqu'au 20 janvier 1903.

Depuis lors M. B... n'a pas repris son travail, du moins il ne l'a repris que très irrégulièrement, il dit que les patrons ne veulent plus l'embaucher, sous prétexte qu'il est déjà tombé d'une charpente et qu'il pourrait tomber encore.

Nous lui faisons remarquer qu'il ne porte aucun indice de blessure ancienne et que la cicatrice de la plaie du cuir chevelu est absolument invisible. Il n'en disconvient pas, mais il prétend que tout le monde sait qu'il a été blessé.

Du reste il ajoute qu'il se sent moins d'aptitude au travail qu'il est sourd et qu'il a perdu ses forces.

Sur le degré de son aptitude professionnelle au travail, nous n'avons pas de compétence. Sur le fait de la surdité, quelques remarques sont nécessaires. D'abord M. B... reconnait qu'il n'est sourd que de l'oreille gauche, mais qu'il entend très bien de l'oreille droite. Or contrairement à ce qui devrait être, c'est l'oreille gauche qu'il tend pour écouter, donc il n'a qu'une, diminution de l'acuité auditive de cette oreille. Nous le lui faisons observer à voix basse et il nous entend très distinctement.

Donc en admettant la réalité d'une légère hypoacousie gauche nous sommes obligés de considérer comme insignifiant le trouble de l'audition invoqué par M. B...

Quant à la diminution des forces, il est impossible d'y croire attendu que M. B... est d'une constitution très robuste et qu'il

a une musculature puissante; nous devons ajouter que M. B... est encore apte au travail et qu'il travaille effectivement.

Il a ses vêtements de travail avec son mètre dans la poche de son pantalon. Nous lui demandons à quoi lui sert son mètre et il nous répond qu'il s'occupe par-ci par là, qu'il bricole, mais qu'il n'a pas travaillé depuis le mois de mai dernier.

Nous signalons simplement pour mémoire une très légère inégalité pupillaire qui réprésente la seule anomalie que nous ayons relevée chez M. B...

Bref M. B... se méprend sur son incapacité ouvrière. Il peut travailler, il travaille déjà et il travaillera de mieux en mieux au fur et à mesure qu'il en reprendra l'habitude.

Ce qu'il y a de plus fâcheux pour lui c'est qu'il ait, depuis près de trois ans, cultivé l'illusion qu'il n'était plus bon à rien. L'idée fixe après un délai si long, est toujours difficile à déraciner. Nous devons en tenir compte et nous tiendrons compte aussi de la diminution de l'acuité auditive rapportée par M. B... à l'accident du 20 décembre 1902.

C'est pourquoi nous formulerons les conclusions suivantes :

Conclusions

1° M. B... est atteint d'incapacité de travail permanente partielle.

2° La réduction de capacité peut être évaluée à 5 ou 6 0 0.

3° La date de consolidation de la blessure est celle du jour de l'expertise, date à laquelle M. B... a su que le travail seul était la condition de sa définitive guérison.

Paris, le 6 août 1905.

Signé : E. Brissaud.

Etat actuel.

Observation personnelle, (22 *septembre* 1906).

M. B... est triste, abattu, déprimé ; il prête difficilement son attention, et répond à peine aux questions qu'on lui pose ; c'est sa femme qui parle pour lui.

Il n'a pas repris son travail depuis l'accident de 1902 ; cependant il porte toujours ses vêtements de charpentier ; si on le lui fait remarquer, il explique qu'il bricole çà et là, gagnant tantôt deux, tantôt quatre francs, mais qu'il est incapable de se livrer à aucun travail suivi ; il ajoute qu'il a perdu ses forces, et qu'il souffre de douleurs dans les cuisses. On le voit en effet se lever et s'asseoir péniblement ; sa démarche est lente et un peu raide. Il prétend que les chefs d'équipe auxquels il s'adresse pour travailler lui refusent du travail lorsqu'il le voient ainsi se présenter, traînant les jambes.

M. B..., depuis son accident, est devenu sombre, taciturne, irritable ; ce sont à chaque instant des discussions avec sa femme, qui seule travaille et subvient aux besoins du ménage, son métier de couturière lui rapportant de 2 à 3 fr. 50 par jour.

La mémoire est légèrement diminuée ; le sommeil est souvent agité, mais n'est accompagné ni de rêves professionnels, ni de cauchemars.

M. B..., n'a ni asthénopie accommodative, ni rétrécissement du champ visuel ; la pupille droite est un peu plus grande que la gauche, mais toutes deux réagissent bien et sont régulières ; l'acuité auditive paraît revenue à l'état normal.

Les réflexes tendineux sont un peu vifs aux membres supérieurs aussi bien qu'aux membres inférieurs des deux côtés : les réflexes cutanés et muqueux sont normaux ; il n'y a ni clonus ni signe de Babinski.

On ne constate aucun trouble cardio-vasculaire ; les fonctions digestives s'accomplissent bien ; les fonctions génitales ne semblent pas altérées.

A quelques reprises, d'une façon d'ailleurs irrégulière, une émission nocturne involontaire d'urine se serait produite, pendant ces derniers mois.

L'état général est bon, la constitution est robuste.

L'examen ne révèle ni stigmates de syphilis, ni d'éthylisme.

M. le Dr Sicard voulut bien examiner le malade et pratiquer une ponction lombaire : l'examen du liquide céphalo-rachidien ne révéla ni réaction albumineuse, ni lymphocytose ; le sucre était, comme il arrive souvent dans ces cas, en quantité un peu supérieure à la normale.

Le diagnostic de paralysie générale ou de toute autre lésion organique était donc complètement à écarter.

Le lendemain du jour où fut pratiquée cette ponction, M. B. sortait de l'hôpital, gai, alerte et satisfait, disant que « l'eau qu'on lui avait retiré du dos l'avait soulagé ».

Or, dans la soirée, il se sentit malaise et se coucha, mais il ne dormit pas. Vers minuit, au dire de sa femme, il se mit à pousser de grands cris, à proférer des paroles inarticulées, et se débattit violemment, agitant ses quatre membres à la fois ; une écume rouge s'écoula de la bouche. La crise dura plusieurs heures ; à la fin on s'aperçut que le malade avait perdu ses urines ; puis M. B... s'endormit d'un sommeil profond.

Vers le matin M. B... était amené à l'hôpital Tenon, où l'on fit le diagnostic de crise d'hystérie épileptiforme. Le lendemain, après quelques heures de léger abattement, le malade sortait bien portant de l'hôpital.

En résumé M. B... atteint d'hystéro-neurasthénie post-traumatique, paraît être dans le même état que lors de l'expertise du professeur Brissaud, il y a un an.

Affaire N° 9.

M. J..., 26 *ans, couvreur.*

Accident *le* 6 *octobre* 1903 *: Chute d'un premier étage.*

Enquête close le 20 *octobre* 1903.

Jugement du 12 *juillet* 1904 *nommant le professeur Brissaud comme expert.*

Expertise le 13 *octobre* 1904. *Jugement du* 31 *octobre* 1904 *allouant une rente de* 15 *francs rachetable à* 300 *francs, basée sur un salaire de* 1500 *avec réduction de* 2 0/0.

Rapport.

Nous soussigné, Édouard Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président de la quatrième Chambre par un jugement en date du 12 juillet 1904, à l'effet de voir et visiter M.J..., dire si par suite de l'accident du 6 octobre 1903 il est ou non atteint d'incapacité permanente ou temporaire, totale ou partielle, et dans le cas de l'affirmative, quelle est la réduction de capacité qu'il subit dans son travail, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 6 octobre 1903 M. J..., âgé de 26 ans, couvreur, tomba de la hauteur d'un premier étage. Il perdit connaissance et fut transporté en voiture à l'hôpital Saint-Louis, où il séjourna douze jours. Quatre jours seulement avant sa sortie il aurait repris, conscience de lui-même et on lui aurait dit qu'il avait eu une commotion cérébrale. En tout cas, il n'avait été blessé d'aucune façon (ni plaie, ni contusion, ni lésion articulaire ou osseuse). Un certificat de l'interne de service mentionne simplement le fait d'une commotion probable avec quelques réserves sur les conséquences possibles de l'accident.

Environ un mois après sa sortie de l'hôpital M. J..., recommençait à travailler chez son patron (24 novembre) mais ne se sentant pas encore suffisamment rétabli, il quittait l'atelier le 1^{or} décembre.

Huit jours plus tard, le 8 décembre, il retournait chez son patron et reprenait son travail pour ne plus l'interrompre.

C'est seulement le 9 avril 1904 qu'il quitta définitivement le chantier ; c'est à partir de cette date qu'il dit avoir éprouvé tous les phénomènes nerveux qui l'empêchent de se remettre à la besogne.

M. J..., est très grand, très fort, très bien musclé ; toutes ses fonctions s'exécutent très bien ; tous ses réflexes sont normaux. Il ne présente pas trace d'hyperesthésie ni d'hypoesthésie ; ses pupilles sont égales, il n'a pas de strabisme, et pourtant il prétend que quelquefois il a de la diplopie. Il se plaint également de céphalée intermittente, de fatigue oculaire (asthénopie simple).

Les fonctions des réservoirs s'effectuent normalement et il ne subsiste du traumatisme rien autre chose que cette asthénopie et

cette asthénie sur le degré ou même la réalité de laquelle nous ne pouvons exercer aucun contrôle.

Un certificat du Dr Jocqs, en date du 27 octobre 1903 signalait une légère diplopie intermittente. Depuis l'examen du Dr Jocqs il n'a pas été pratiqué de nouvel examen ophtalmoscopique.

C'est donc uniquement la diplopie intermittente et la prétendue céphalée asthénique qui représentent le reliquat névropathique de l'accident du 6 octobre 1903.

Le blessé ayant pu reprendre son travail du 8 octobre 1903 au 9 avril 1904, il est impossible de considérer ces deux manifestations tout à fait minimes comme relevant d'une lésion définitive.

Mais tenant compte de la possibilité d'une céphalée attribuable au traumatisme et de la diplopie constatée au mois d'octobre 1903, diplopie qui peut se produire de temps à autre sans strabisme apparent, nous concluerons :

1° M. J..., est atteint d'incapacité permanente et partielle ;

2° La réduction de la capacité peut être évaluée au maximum et avec quelque complaisance à 2 0/0.

Paris, le 13 octobre 1904.

Signé : Dr Brissaud.

État actuel.

Observation personnelle (30 *août* 1906).

M. J,.. est complètement guéri. La guérison s'est produite progressivement dans le courant d'octobre 1904. M. J..., reprenait son travail à l'époque même où il touchait son indemnité.

Il exerce toujours la profession de couvreur et gagne le même salaire qu'auparavant, soit 5 francs.

Il ne présente aucun trouble moteur, sensitif, ni sensoriel ; les troubles oculaires et particulier ont complètement disparu. L'état psychique est normal.

En somme M. J..., est fort, bien portant, et le déclare d'ailleurs spontanément lui-même.

Affaire N° 10

M. M..., 30 *ans, couvreur.*

Accident *le* 1er *octobre* 1903 : *Blessure de la tête par un maillet de bois.*

Jugement du 9 *mars* 1904, *commettant le professeur Brissaud comme expert.*

Expertise le 17 *mars* 1904.

Conciliation *le* 1er *avril* 1904. *Rente de* 45 *francs rachetable à* 855 *francs, le salaire de base étant de* 1500 *francs, la réduction de* 6 0/0.

Rapport.

Nous soussigné, Édouard Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président des conciliations, officieusement et sur la demande des parties, à l'effet de voir et visiter M. M..., dire si par suite de l'accident du 1er octobre 1903, il est ou non atteint d'incapacité permanente et dans le cas de l'affirmative, quelle est la réduction de capacité qu'il subit dans son travail, fixer la date de la consolidation de la blessure.

M. M..., âgé de 30 ans, est couvreur de son état. Il travaillait en qualité de journalier depuis le 20 septembre 1903 chez M. R..., fabricant d'alcool dénaturé, lorsque le 1er octobre, étant occupé à rouler une pipe d'alcool, il reçut sur la tête un maillet échappé des mains d'un charpentier travaillant au-dessus de lui à la hauteur d'un premier étage. C'était un maillet de chêne du poids de douze livres.

M. M..., perdit connaissance environ vingt minutes, après quoi, il fut reconduit chez lui dans la pension qu'il habitait, 27, avenue de la R... Il garda le lit deux mois, et fût soigné pendant ce temps par le médecin de l'assurance.

La blessure consistait :

1°En une plaie contuse du sommet du crâne sans enfoncement, sans adhérences des parties molles au squelette. La cicatrice occupe une longueur de trois centimètres sur le bord postérieur du pariétal gauche.

2° En des ecchymoses de la région lombaire gauche et de la partie externe du genou gauche.

Depuis cette époque M. M... se plaint d'éprouver des maux de tête, des sifflements d'oreille, des troubles de la vision.

A la date du 25 janvier, il se croyait guéri et essaya de travailler, mais il ne prolongea pas cet essai plus de quatre jours. Les maux de tête, les sifflements d'oreille, les troubles de la vision le reprenaient de temps à autre. Il reconnaît cependant que tous ces phénomènes ont beaucoup diminué d'intensité et que son état général de santé est très satisfaisant.

Il déclare que s'il exerçait un autre métier que celui de couvreur, il serait prêt à se remettre à la besogne. Ce qu'il craint c'est que les sifflements qui lui donnent quelquefois des vertiges ne le prennent au moment de son travail sur les toits.

A ce propos il nous signale un fait qui peut justifier dans une large mesure ses appréhensions : il prétend avoir eu quatre fois sur la voie publique un vertige suivi de perte de connaissance. Il ne sait plus les dates, mais il se souvient qu'il a été une fois ramené chez lui par des passants.

En dehors d'une légère inégalité pupillaire dont il nous est impossible de déterminer la nature et l'origine, M. M... ne présente aucun signe matériel de maladie. Il s'est toujours bien porté et a fait son service aux chasseurs à pied en Tunisie sans avoir passé un seul jour à l'infirmerie. Il est donc peu probable que les vertiges avec évanouissement se soient déjà produits à l'époque de son service militaire. Nous ne savons de quand ils datent ; nous ne saurions trop affirmer leur réalité.

Une enquête sur ce point nous paraît indispensable. Si en effet M. M... est sujet à des pertes de connaissance, si ces pertes de connaissance ne se produisent que depuis l'accident du 1er octobre 1903, il est certain que M. M... subit du fait de l'accident du 1er octobre 1903 une forte réduction de capacité de travail. A la vérité, il concède que ces vertiges se produisent moins souvent, qu'ils durent moins longtemps, qu'il les redoute moins que par le passé.

Mais la question subsiste tout entière et à supposer que M. M... veuille continuer d'exercer le métier de couvreur, il manquerait de la sécurité et de la confiance en soi qu'on doit avoir dans une telle profession.

Peut-être n'est-ce pas seulement depuis l'accident du 1er octobre 1903 que M. M... a perdu cette sécurité ? Au cours de ses réponses nous avons remarqué plusieurs fois l'appréhension que lui causait son métier et cette appréhension a une cause très naturelle : il travaillait en qualité d'apprenti avec son

père, couvreur lui-même, lorsque celui-ci fit une chute du septième étage et succomba aux suites de cette chute.

Actuellement M. M... se dit prêt à essayer de travailler de nouveau, par exemple dans une usine, pourvu qu'il ne travaille pas sur les toits ou sur des échafaudages.

Conclusions

S'il est vrai que M. M... soit sujet depuis l'accident du 1er octobre 1903 à des pertes de connaissance, il subit une très forte réduction de capacité de travail dans son métier de couvreur. Cette incapacité doit être considérée comme permanente et ne peut être évaluée à moins de 50 0/0.

Si au contraire M. M... exerce un autre métier que celui de couvreur, comme il avait commencé de le faire chez M. R... à la date de l'accident, étant donné que les vertiges sont de plus en plus rares et de moins en moins intenses, la réduction de capacité peut encore être considérée comme permanente, parce qu'il est impossible d'en prévoir la durée, mais ne peut guère être évaluée àplus de 5 0/0.

Paris, le 7 mars 1904

Signé : Dr Brissaud.

Etat actuel

Observation personnelle. (22 *juillet* 1906).

M. M... est actuellement guéri. Il s'est remis graduellement au travail environ six mois après la conciliation de mars 1904 depuis plusieurs mois il travaille comme garçon-maçon, et gagne 4 fr. 50 par jour.

M. M... ne se plaint d'aucun trouble subjectif : céphalée et brouillards ont progressivement disparu, les vertiges avec perte de connaissance ne se sont jamais reproduits.

Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, est la répulsion que M. M... éprouve encore pour son métier de couvreur : il a peur de tomber. A la vérité il n'est jamais tombé d'un toit, mais son père est mort sous ses yeux même d'une chute d'un septième étage, et cela nous explique largement cette appréhension.

M. M... regrette d'ailleurs de ressentir cette crainte car le métier de couvreur, était pour lui plus rémunérateur que celui de garçon-maçon, auquel il n'est point encore habitué.

Les facultés intellectuelles ne sont aucunement altérées; il est courageux et plein de bonne volonté.

On ne constate aucun trouble de la motilité, ni des sens spéciaux, ni de la sensibilité générale.

En somme M. M... est guéri : céphalée et vertiges ont totalement disparu;il gagne sa vie comme maçon.

Affaire N° 11

M. O..., 46 *ans, peintre.*

Accident *le* 30 *août* 1905 : *Chute et plaie de la tête.*

Le 28 *décembre* 1905, *nomination du professeur Brissaud comme expert.*

Expertise.

Conciliation *le* 25 *janvier* 1906. *Rente de* 67 fr. 50 *rachetable à* 1005 *fr.* 75, *basée sur un salaire de* 2. 250 *francs avec réduction de* 6 0/0.

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président des audiences de conciliation, à l'effet de, dispensé du serment du consentement des parties, examiner M. O..., dire si par suite de l'accident du 30 août 1905, il est ou non atteint d'incapacité de travail totale ou partielle, permanente ou temporaire, et, dans le cas de l'affirmative, évaluer la réduction de capacité qu'il subit dans l'exercice tant de sa profession que de toute autre profession, fixer la date de consolidation de la blessure.

M. O... âgé de 47 ans est peintre en bâtiment.

Le 30 août 1905, au cours de son travail, il tomba d'une échelle de la hauteur de quatre mètres environ. La tête fût projetée sur le sol, il reçut une violente commotion dans la région pariéto-occipitale gauche ; du sang coula par l'oreille gauche.

M. O... fut transporté sans connaissance chez lui ; l'écoulement de sang par l'oreille, et l'évanouissement prolongé faisaient craindre une fracture de la base du crâne. On appliqua de la glace en permanence sur la tête.

Cependant, vers le huitième jour le blessé revint à lui peu à peu ; au bout de trois semaines il était guéri et pouvait se lever ; enfin à la fin du mois de septembre, il était capable de sortir et de se promener.

Aujourd'hui, plus de quatre mois se sont écoulés depuis l'accident et M. O... n'a pas repris son travail. L'état général est excellent et l'état local ne laisse rien à désirer puisque, malgré l'hémorragie du conduit auditif gauche, l'acuité auditive est intacte.

Mais M. O... se plaint d'abord de vertiges, il dit qu'il sent comme de l'eau qui clapoterait dans son crâne, il se sent la tête vide et quelquefois s'il ne prenait ses précautions, il tomberait.

Tous ces phénomènes sont d'ordre subjectif et nous les enregistrons sur la parole de M. O... ; mais il ne subsiste aucune trace matérielle de l'accident.

Toutes les fonctions motrices, sensitives et sensorielles sont indemnes. Si M. O... n'a pas travaillé, s'il n'a même pas essayé de travailler, c'est uniquement parce qu'il a peur de tomber en travaillant.

Un de ses camarades, qui l'accompagne, s'en porte garant ; il ne l'a jamais vu tomber, il ne l'a jamais empêché de tomber, mais il en est certain et il entretient et cultive la phobie de M. O... au grand préjudice de celui-ci.

C'est un mauvais garde-malade, le pire de tous, malgré sa sollicitude, et même à cause de cette sollicitude absolument excessive et inopportune.

En l'absence de tout reliquat de blessure, nous considérons que les symptômes actuels ne sont qu'un effet indirect et purement psychopatique de l'accident du 30 août.

M. O... pourra donc reprendre son travail quand il y mettra un peu de bonne volonté et de facile courage.

Mais comme nous ne pouvons préjuger de la date ni de l'absolue sincérité de ses efforts nous le dirons atteint d'incapacité permanente partielle et nous conclurons :

Conclusions

1° M. O... est atteint d'incapacité de travail permanente et partielle.

2° Le chiffre de la réduction de capacité est de 5 à 7 0/0 environ.

3° La date de consolidation sera celle du jugement ; c'est-à-dire celle à laquelle M. O... saura que tout traitement médical ou chirurgical est inutile et que le travail progressif, régulier, soutenu, méthodique est le remède le plus efficace et le plus économique de toutes les névroses.

Paris, le 8 janvier 1906.

Signé : Dr Brissaud.

État actuel.

Observation personnelle (16 *septembre* 1906).

M. O... a essayé de reprendre son travail environ six semaines après la conciliation de janvier 1905. Malheureusement, il n'a pu travailler que très irrégulièrement. Tout d'abord il a été arrêté près de trois mois par un séjour à l'hôpital pour excision d'hémorroïdes ; depuis il aurait été renvoyé de chez plusieurs patrons, parce que, dit sa femme, il est pris d'étourdissements et qu'on craint de le voir tomber des échafaudages ; il serait de plus devenu mauvais ouvrier et « gâcherait sa besogne. »

Spontanément M. O... ne se plaint que de lourdeur de tête le matin en se levant. Cependant sa femme ajoute que son caractère est devenu extrêmement irritable, qu'il a perdu la mémoire pour les faits récents et que ses forces ont diminué d'une façon générale.

M. O... ne présente aucun trouble nerveux d'ordre objectif : ses pupilles sont égales, régulières, et réagissent bien ; les réflexes rotuliens sont un peu vifs, mais égaux.

Il n'a aucun trouble sensitif, si ce n'est parfois des crampes dans les mollets, liées d'ailleurs à un certain degré d'éthylisme et de saturnisme; en effet M. O... est pâle, amaigri, et présente un liseré saturnin des plus nets: son foie est légèrement débordant; cependant il n'a jamais eu de coliques de plomb, les fonctions digestives s'accomplissent normalement. Le sommeil est bon. Le pouls est normal. Les sphincters sont indemnes.

En résumé l'état de M. O... paraît stationnaire.

Affaire N° 12.

M. P..., 31 *ans, maçon.*

Accident *le* 17 *septembre* 1903 : *Contusion de la tête par chute d'un madrier.*

Expertise du professeur Brissaud le 14 *avril* 1904.

Conciliation *le* 24 *avril* 1904 : *Rente de* 30 *francs rachetable à* 550 *francs. Salaire de base*, 1500 *francs, avec réduction de* 4 0 0.

Rapport.

Nous soussigné, Édouard Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, avons été commis par M. le Président des conciliations, officieusement et sur la demande des parties, à l'effet de voir et visiter M. P..., dire si par suite de l'accident du 17 septembre 1903, il est ou non atteint d'incapacité permanente, et dans le cas de l'affirmative, quelle est la réduction de capacité qu'il subit dans son travail, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 17 septembre 1903, le nommé P..., âgé de 31 ans, garçon-

maçon, reçut le choc d'un madrier sur le sommet de la tête. Il resta dans le coma pendant trois heures environ. Lorsqu'il revint à lui, il avait un saignement de nez et les paupières présentaient des ecchymoses, mais il n'était atteint d'aucune blessure profonde; le tronc et les membres étaient intacts; il n'avait ni luxation ni fracture.

A la suite de cet accident, qui aurait pu avoir de graves conséquences, il ne se produisit aucune complication d'ordre chirurgical et tout se borna à des troubles nerveux.

C'est de ces troubles qu'il se plaint encore aujourd'hui.

M. P... est affligé d'un bégaiement auquel il est difficile d'attribuer une signification véritablement pathologique, et qu'il prétend être survenu depuis l'accident. La parole est plutôt hésitante et empâtée que scandée; la façon de parler de M. P... rappelle celle d'un homme qui répond péniblement dans l'engourdissement du réveil ; ce n'est pas, en tout cas, la façon de parler d'un malade atteint de sclérose en plaques, ou de paralysie générale. D'ailleurs, la langue est un peu tremblante, les extrémités tremblent également, et ce tremblement est très analogue à celui de l'intoxication alcoolique.

En dehors de ce tremblement de la langue et des extrémités, nous ne constatons absolument rien qui dénote l'existence d'une lésion des centres nerveux.

Encore faut-il déterminer si ce tremblement lui-même correspond à une lésion des centres nerveux acquise et définitive ; nous ne le pensons pas. Il y a au contraire tout lieu de supposer que le tremblement est exclusivement fonctionnel et qu'il est occasionné, entretenu en grande partie, sinon complètement par l'abus du vin ou des liqueurs.

M. P... en effet exhale une odeur sur la nature de laquelle il

est impossible de se méprendre. Nous l'examinons à dix heures et demie du matin et il soutient qu'il n'a pris qu'un peu de lait avant de venir ; il affirme que la veille au soir, il n'a pris qu'un peu de vin à son repas. Nous lui faisons remarquer qu'il nous est difficile de le croire, et nous lui demandons s'il veut bien nous autoriser à convoquer un ou deux médecins présents à l'hôpital pour confirmer ou infirmer notre opinion. Il y consent, et un interne appelé auprès de lui, déclare immédiatement que ce malade sent l'alcool à pleine bouche.

M. P... proteste et continue à affirmer qu'il n'a bu que du lait ou du café.

Il se plaint de douleurs et de bruit dans la tête ; il dit qu'il tombe dans les escaliers lorsqu'il regarde par terre.

Lorsqu'on lui demande de décrire ce vertige, il répond : « Ça devient bleu, ça devient vert, et je suis obligé de tomber. » Ce genre de sensation n'est évidemment pas communs dans l'intoxication alcoolique, mais il n'appartient non plus à aucune autre affection des centres nerveux. Et comme nous ne relevons d'autre part, ni troubles de la motilité générale, ni troubles sensoriels, nous sommes obligés d'admettre que M. P... exagère notablement les phénomènes subjectifs auxquels le prédisposent ses habitudes d'intempérance, phénomènes sur la réalité desquels l'enquête médicale ne peut exercer aucun contrôle.

Nous devons ajouter que lorsque M. P... nous quitte, nous le suivons des yeux quelques instants et le voyons descendre les quelques marches du perron de la salle, très délibérément sans se servir de sa canne.

Conclusions

Il est impossible de préciser la date de consolidation de la blessure. A vrai dire, il n'y a pas eu de blessure en dehors d'une commotion cérébrale dont les symptômes immédiats n'ont été que de courte durée.

Depuis le jour de l'accident, M. P... n'a fait aucun effort sérieux pour reprendre son travail; deux ou trois fois seulement il a essayé de pousser une voiture de marchand des quatre saisons, et il prétend n'avoir pu continuer.

Aujourd'hui il nous dit que tout ce qu'il désire, c'est d'avoir un peu d'argent pour s'habiller et retourner chez lui dans la Corrèze.

Enfin, on ne saurait affirmer que la commotion cérébrale ait été absolument sans effet sur l'état actuel, où domine aujourd'hui et peut-être accidentellement, le syndrôme nerveux imputable au vin ou à l'alcool.

Et dans ces conditions, nous estimons que si M. P... est atteint d'incapacité partielle et permanente, la réduction de capacité qu'il subit du fait de l'accident du 17 décembre 1903, ne peut être évaluée à plus de 2 0/0.

Paris, le 14 avril 1904.

Signé : Dr Brissaud.

État actuel.

Observation personnelle (*15 juillet 1906*).

De l'aveu même de sa femme, M. P... est complètement guéri. Les maux de tête, les vertiges, la faiblesse musculaire

tout a disparu dans l'espace d'un an environ après la conciliation d'avril 1904.

M. P... n'exerce plus depuis son accident, son métier de maçon, mais il est entré depuis un an, comme charretier dans une entreprise de transport, où il gagne 5 francs par jour.

Actuellement, on ne constate chez lui aucun trouble spécial, sauf le tremblement éthylique des doigts et de la langue qui persiste toujours.

Affaire N° 13

M. E..., 32 *ans, terrassier.*

Accident *le* 16 *juin* 1905 *: Plaie contuse de la tête par la manivelle d'un treuil.*

Expertise le 18 *octobre* 1905.

Non conciliation le 25 *octobre* 1905.

Conciliation *le* 8 *novembre* 1905. *Rente de* 18 *francs rachetable à* 360 *francs, le salaire de base étant* 1.800 *francs, avec réduction de* 2 0/0.

Demande en revision, *introduite par le blessé en juin* 1906.

Mais le blessé n'apportant aucune preuve d'aggravation, le Président n'a voulu donner aucune suite à l'affaire.

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le président des audiences de conciliation à l'effet de, dispensé du serment du consentement des parties, examiner M. E..., dire, si par suite de l'accident du 16 juin 1905, il est ou non, atteint d'incapacité de travail per-

manente ou temporaire, totale ou partielle, et, dans le cas de l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'il subit dans l'exercice tant de sa profession que de toute autre profession, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 16 juin 1905, M. E..., âgé de 32 ans, terrassier, reçut un violent coup de manivelle sur le sommet de la tête.

Transporté sans connaissance à l'hôpital Saint-Louis, il y fut reconnu atteint d'une plaie linéaire du cuir chevelu, pénétrant jusqu'au périoste crânien, siégeant à la partie droite du vertex, transversale et d'une longueur de 5 centimètres. Le choc avait eu pour autre conséquence une hémorragie du conduit auditif gauche.

Le blessé, étant revenu à lui rapidement, on diagnostiqua une simple commotion cérébrale. Un pansement fut appliqué et comme au bout de trois jours, l'état général était très satisfaisant, M. E... fut renvoyé de l'hôpital. On l'engagea seulement à revenir régulièrement tous les trois jours pour se soumettre aux pansements nécessaires.

M. E... se présenta à l'hôpital comme il avait été convenu, aussi souvent qu'il y eût lieu de le convoquer. Le dernier pansement fut levé le 22 août; à cette date, la guérison était complète.

Depuis lors, M. E... est resté dans la plus incroyable inactivité Non seulement il n'a pas travaillé, mais il n'a pas essayé de s'occuper à la moindre besogne.

Il prétend que s'il essayait de travailler « il tomberait, qu'il se ferait un dépôt dans la tête. » Il sait « qu'il en a pour la vie, qu'il ne guérira jamais. » Il affirme que le moindre effort lui donne « des fraîcheurs » sur sa cicatrice, et que cela lui cause des étourdissements et des vertiges.

En dehors de ces allégations, M. E... ne nous dit rien qui puisse faire supposer la réalité d'une neurasthénie véritable.

Nous n'en constatons d'ailleurs aucun indice matériel, non plus qu'aucun stigmate d'hystérie.

La constitution est vigoureuse, les muscles sont bien développés, les réflexes sont normaux, la sensibilité est intacte, les fonctions cardiaques sont irréprochables.

M. E... ajoute qu'il est devenu sourd de l'oreille gauche à la suite de l'hémorragie du conduit auditif survenu au moment de l'accident. Or la prétendue surdité se borne à une diminution de l'ouïe produite et entretenue par un catarrhe chronique et déjà ancien de la trompe et de la caisse du tympan.

Bref notre enquête est de tout point négative, ou peu s'en faut, car il nous est impossible de considérer l'incapacité dont se plaint M. E..., comme un état réellement morbide.

Toutefois la persistance de ses appréhensions pour l'avenir, la crainte qu'il éprouve de troubles cérébraux graves, craintes purement imaginaires, mais constituant une véritable hantise peuvent être assimilés à des symptômes d'anesthésie psychique et comme la durée de cette anesthésie est impossible à déterminer, nous concluons :

Conclusions

1° M. E..., est atteint d'incapacité de travail permanente partielle.

2° La réduction de capacité peut être évaluée à 2 ou 3 0/0.

3° La date de consolidation de la blessure est la date même de ce jour.

Paris, 18 octobre 1905,

Signé : Dr Brissaud

État actuel.

Observation personnelle (26 *juillet* 1906).

Bien que M. E..., vienne de tenter il y a un mois une action en revision, dont il a d'ailleurs été débouté, il est actuellement parfaitement guéri.

La guérison s'est produite dans les sept mois qui ont suivi la conciliation de novembre 1905.

Peu à peu la céphalée occipitale et les troubles psychiques disparurent, et M. E... put reprendre son métier de terrassier.

Actuellement il travaille régulièrement au Métropolitain et gagne sept francs par jour.

M. E... est tout à fait bien portant ; il ne présente ni troubles moteurs, ni troubles sensitivo-sensoriels ou sphinctériens.

On ne constate aucune atteinte de la mémoire ou de l'attention, non plus qu'aucun changement dans le caractère.

Le sommeil est bon, le pouls est normal, les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Affaire N° 14

M. H..., 44 *ans, riveur.*

Accident, *le* 28 *juin* 1903 : *Plaie de la tête par chute. Enquête.*

Jugement du tribunal civil le 13 *octobre* 1904 *nommant le professeur Brissaud expert.*

Expertise le 27 *octobre* 1904.

Conciliation, *le* 3 *novembre* 1904. *On fixe la rente à* 22 *fr.* 50 *rachetable à* 352 *fr.* 80 ; *le salaire annuel étant de* 2250 *francs et la réduction de* 2 0/0.

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président du tribunal civil de la Seine, à l'effet de, dispensé du serment du consentement des parties, voir et visiter M. H..., dire si, par suite de l'accident du 28 juin 1904 il est ou non atteint d'incapacité de travail permanente ou temporaire, totale ou partielle et, dans l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'il subit, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 28 juin 1904, M H..., âgé de 43 ans, riveur, portait sur l'épaule droite une sorte de charriot nommé « diable ». La flèche de ce charriot ayant été heurtée par un omnibus, l'impulsion donnée au charriot par le déplacement de la flèche faisant office de levier, M. H... fut violemment projeté sur un trottoir.

La tête porta contre le bord du trottoir, d'où une plaie du cuir chevelu de quatre centimètres et demi de longueur sur la partie correspondant à la suture pariéto-temporale droite, et une autre plaie de trois centimètres environ à la partie externe de l'arcade sourcilière droite.

Sur le coup, M. H..., perdit connaissance ; on le transporta chez un pharmacien, et de là chez lui, où en moins d'une heure son évanouissement cessa (c'est de M. H... que nous tenons ces renseignements).

Pour la première fois, deux jours seulement après l'accident un médecin vint visiter M. H...

Outre les deux plaies de tête, il constata et certifia l'existence d'une luxation de l'épaule droite. La réduction de la dite luxation eut lieu séance tenante et les deux plaies furent pansées.

Quinze à dix-huit jours plus tard, M. H... pouvait sortir de chez lui.

Aujourd'hui il ne reste pas trace de la luxation ; quant aux plaies, les cicatrices sont si parfaites qu'il faut presque les chercher pour les voir.

Cependant, depuis la guérison de ces blessures d'ordre chirurgical, M. H... a conservé ou dit avoir conservé une difficulté de travail telle qu'il n'a pas pu se remettre à la besogne.

Il se plaint en outre d'être devenu sourd de l'oreille droite.

Il a des éblouissements, des vertiges, il ne se sert plus de son bras droit parce que la luxation lui a ôté toutes ses forces... etc...

Nous avons examiné M. H... avec le plus grand soin et nous n'avons constaté aucun indice d'arthropathie de l'épaule droite, pas de déformation, pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de la sensibilité tactile, ni de la sensibilité thermique, ni de la sensibilité à la douleur, pas de troubles sensoriels, pas d'inégalité ni de paresse pupillaire, pas de modification des réflexes, pas de troubles des réservoirs, bref rien.

La prétendue surdité de l'oreille droite est purement psychique. M. H... se croit obligé de faire parler très haut son interlocuteur, même lorsque celui-ci lui parle du côté gauche, et l'ouïe du côté gauche est parfaite. D'ailleurs, au fur et à mesure qu'on baisse le ton de la voix, M. H... s'habitue à entendre même lorsqu'on lui fait tourner le dos pour l'examiner, c'est-à-dire lorsqu'il ne peut plus voir les mouvement des lèvres.

Il est sincère quand il prétend ne rien entendre de l'oreille droite, mais il entend.

Très robuste et très vigoureusement musclé et charpenté,

M. H... n'a cependant pas essayé une seule fois de se remettre au travail.

Il soutient qu'il sera désormais incapable de monter sur un échafaudage.

Quand nous lui citons l'exemple de ceux qui avaient les mêmes appréhensions et qui, ayant essayé, ont réussi ; quand nous l'engageons à faire l'expérience qui consisterait à monter d'abord sur une échelle à la hauteur d'un mètre seulement, il répond : « Ce n'est pas la peine, je sais que je ne pourrai pas ; je sens en moi que je ne pourrai pas »...

Il ne sort pas de là.

Nous n'avons qu'à constater qu'il le dit, et à reproduire textuellement ses paroles ; et cette constatation faite nous ne pouvons que supposer (avec une réelle complaisance) une cérébrasthénie dont le symptôme unique serait une appréhension morbide (?).

Cette hypothèse d'ailleurs repose à peu près exclusivement sur la bonne foi de M. H... car tous les autres symptômes habituels de la cérébrasthénie traumatique font défaut.

Conclusions

1° M. H. est atteint d'une cérébrasthénie traumatique très légère, ayant pour conséquence une incapacité permanente et partielle.

2° La réduction de capacité peut être évaluée au maximum à 2 0/0.

Paris, 27 octobre 1904.

Signé : Dr Brissaud.

Etat actuel.

Observation personnelle (22 *juillet* 1906).

M. H...ne se livre à aucun travail régulier depuis son accident de 1903 ; il prétend toujours ne pouvoir remonter sur un échafaudage ; il bricole çà et là.

Sa femme dit que son caractère a complètement changé depuis l'accident ; il est devenu sombre, taciturne, emporté et querelleur au point qu'elle a dû, avec ses enfants se séparer de lui.

M. H...habite en garni, dans la zone environnant les fortifications, et passe à l'assommoir la majeure partie de son temps.

On ne constate chez lui, rien de spécial au point de vue somatique en dehors d'un léger tremblement éthylique des doigts.

En somme l'état de M. H... paraît à peu près stationnaire.

Affaire N° 15.

M. F..., 26 *ans, fumiste.*

Accident *le* 6 *novembre* 1903. *Plaie de la tête par un platras.*

Expertise du professeur Brissaud, le 25 *février* 1904.

Conciliation *le* 31 *mars* 1904. *Salaire arbitré à* 1350 *francs avec réduction de* 15 0/0 ; *la rente est fixée à* 100 *francs rachetable à* 2000 *francs.*

Revision *introduite par le blessé le* 31 *août* 1905.

Le 26 *janvier* 1906 *le professeur Brissaud est de nouveau commis comme expert.*

Expertise le 28 *juin* 1906 *par les* Drs Brissaud, Raymond, et Thoinot.

Jugement *du* 3 *août* 1906, *déboutant M. F...*

Premier rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, avons été commis par M. le Président des conciliations, officieusement et sur la demande des parties, à l'effet de voir et visiter M. F... âgé de 26 ans, fumiste, dire, si par suite de l'accident du 6 novembre 1903, il est ou non atteint d'incapacité permanente, et dans le cas de l'affirmative, quelle est la réduction de capacité qu'il subit dans son travail, fixer la date de consolidation de la blessure.

De notre examen et de notre interrogatoire il résulte ce qui suit :

M. F... âgé de 26 ans, exerce provisoirement le métier de fumiste : il est mécanicien de son état.

Il n'a commencé à travailler comme fumiste qu'à partir du mois de septembre 1903, et il y avait seulement huit jours qu'il travaillait chez son dernier patron lorsqu'est arrivé l'accident dont nous avons à apprécier les conséquences.

Le 6 novembre 1903, M. F... reçut sur le sommet de la tête un platras de cheminée tombant du cinquième étage ; il était debout, il tomba et perdit connaissance. Il revint à lui « au bout de quelques minutes », se releva et se rendit chez un pharmacien qui l'engagea à aller immédiatement chez un médecin. Le médecin ordonna des cachets à prendre, une potion à boire, et des compresses à appliquer sur le sommet de la tête, car il n'existait ni plaie, ni épanchement.

Depuis cette époque M. F... se plaint d'être « toujours congestionné », d'avoir mal à la tête et à la nuque, de se sentir « tout bouillant », d'entendre des cloches, d'avoir les yeux rouges et larmoyants, de ne pouvoir se coucher sur le dos, de ne pouvoir plus travailler, de ne pouvoir s'approcher d'une fenêtre sans avoir le vertige, ce qui lui est très préjudiciable puisque le métier de fumiste l'oblige à monter sur les toits (or M. F... n'est pas fumiste, il est mécanicien, et n'a demandé du travail à des patrons fumistes qu'en attendant de pouvoir reprendre sa profession de mécanicien).

Nous sommes décidés à admettre *a priori* la véracité de M. F...

Tout ce dont il se plaint étant d'ordre subjectif, échappe à notre contrôle ; il s'agit d'un ensemble de phénomènes sensitifs qui peuvent être rapportés à un état neurasthénique, voire même à une neurasthénie traumatique dont l'accident du 6 novembre dernier serait la cause.

Mais il nous faut tenir compte de tout un passé pathologique qui déjà, bien avant l'accident du 6 novembre, avait déterminé finalement un syndrôme très complexe au milieu duquel la neurasthénie actuelle se perd, si elle ne disparaît pas tout à fait.

Il y a environ deux ans et demi M. F..., étant au service militaire, reçut un violent coup de bâton sur la tête. Il ressentit pendant quelques jours une céphalée très pénible et cependant il put continuer de faire son service et quitta le régiment avec la classe sans avoir eu un seul jour d'exemption.

Huit mois après, la céphalée qui avait presque complètement disparu, se fit de nouveau sentir. Elle était assez exactement localisée au point où avait été donné le coup de bâton ; elle était accompagnée parfois de vertiges, de perte de mémoire, d'absences, mais jamais de convulsions. Cette douleur était

intermittente : elle laissait quelquefois à M. F... un répit d'un mois, ce qui lui permettait de reprendre son travail.

Cependant les retours de la céphalée devenant plus fréquents M. F... alla consulter à l'hôpital de la Pitié le Dr Babinski dans son service le 22 ou 23 mai 1902.

Une première ponction lombaire fut pratiquée alors ; le liquide céphalo-rachidien était normal (c'est du moins ce que M. F... croit avoir entendu dire).

A deux autres reprises M. F... se présenta encore à la Pitié pour y être soigné dans le service de M. le Dr Babinski. Il ne se souvient pas exactement de la deuxième rentrée, mais la troisième eut lieu en novembre 1902.

A cette époque les symptômes étaient toujours les mêmes, douleurs de la tête localisées, vertiges, bouffées de chaleur à la tête, etc... En outre l'expérience du vertige voltaïque ayant été pratiquée par M. le Dr Babinski, il parut vraisemblable qu'une lésion intra-cranienne (probablement quelqu'hémorragie de la dure-mère) avait été la conséquence du coup de bâton reçu pendant le service militaire et finalement d'accord avec M. le Dr Babinski, le Dr Walther chirurgien de la Pitié, appliqua sur la région endolorie deux ou trois couronnes de trépan (13 mars 1903). Après la trépanation le vertige voltaïque avait disparu. La cicatrisation de la plaie opératoire fut régulière et M. F... quitta l'hôpital le 20 avril et reprit son travail le 1er mai.

Il se maria au mois de juin suivant.

Aujourd'hui 25 février 1904 nous avons procédé à l'examen de M. F... en présence de M. le Dr Méry, professeur agrégé à la Faculté de Médecine et nous n'avons constaté aucun signe matériel, aucun symptôme de lésion des centres nerveux imputable à l'accident du 6 novembre. Il est bien difficile de déter-

miner rétrospectivement la nature de la lésion ou du trouble fonctionnel que la trépanation semble bien avoir fait disparaître.

Toujours est-il que parmi les symptômes auxquels cette opération s'adressait figuraient presque tous ceux dont se plaint actuellement M. F...

En conséquence nous estimons que l'accident du 6 novembre 1903 n'a fait que réveiller des symptômes nerveux antérieurs en date à cet accident. D'ailleurs M. F... en convient lui-même.

On doit tenir compte d'autre part d'un élément étiologique qui, pour être de nature purement psychique n'en a pas moins exercé une influence très sérieuse sur le retour des symptômes nerveux.

Il y avait à peine six mois que M. F... avait été trépané lorsqu'il reçut un platras sur une partie du crâne très voisine de la cicatrice opératoire.

L'émotion très légitime qu'il en a éprouvé était parfaitement capable, il faut en convenir, de provoquer le réveil de la névrose.

Conclusions

M. F..., est atteint d'incapacité permanente.

Cette incapacité résulte d'un état névropathique dont la véritable origine est antérieure en date à l'accident du 6 novembre 1903.

Les troubles actuels dont l'accident du 6 novembre 1903 est directement responsable et qui occasionnent l'incapacité de travail permanente ne sont donc que la réédition de troubles créés par un accident plus ancien.

Ces troubles sont curables.

La réduction de capacité résultant de l'accident du 6 novembre 1903 peut être évalué à 15 0/0.

Paris, le 25 février 1904.

Signé : Dr Brissaud.

Deuxième rapport.

Nous soussignés, Raymond, Brissaud et Thoinot, dispensés du serment du consentement des parties, avons été commis par jugement du tribunal civil de première instance de la Seine, en date du 4 mai 1906, à l'effet de voir et visiter M. F..., prendre connaissance de tous documents et certificats médicaux produits, et dire s'il y a eu aggravation dans l'état du dit sieur F..., depuis l'ordonnance de conciliation, et en cas d'aggravation, fixer le taux de la diminution de capacité professionnelle du demandeur.

M. F..., a été examiné une fois par l'un de nous, (Professeur Raymond), deux fois par deux de nous (DDrs Thoinot et Brissaud), trois fois par l'un de nous (Dr Brissaud).

Deux de ces examens ont eu lieu en présence de M. le Dr Méry, médecin de la Compagnie d'Assurances.

Le dernier de ces examens a eu lieu en présence de MM. les DDrs Méry, Babinski et Walther médecin et chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Nous avons pris connaissance des documents suivants :

1° Un certificat de M. le Dr Ballet, médecin de l'Hôtel-Dieu, daté du 25 novembre 1905.

2° Un certificat de M. le Dr Babinski daté du 23 décembre 1905.

4° Un certificat de M. le Dr Walther, en date du 27 décembre 1905.

4° Un certificat de M. le Dr Ballet, en date du 24 janvier 1906.

5° La grosse d'un jugement de conciliation entre M. F..., et M. M..., rendu le 31 mars 1904, signé Duchauffour.

C'est le mercredi 20 juin qu'a eu lieu notre dernier examen.

Ce jour là étaient présents MM. le Drs Babinski et Walther qui, l'un et l'autre, donnent leurs soins à M. F..., M. Raymond était absent.

Après avoir donné connaissance à nos confrères du résultat de l'examen précédent, auquel nous avions procédé, tous les trois réunis, nous avons lu le rapport suivant déjà rédigé par l'un de nous au mois de février 1904 :

Suit ici le rapport du 25 février 1904.

. . . . . .

Tel est intégralement le rapport dont il fut donné lecture à nos collègues MM. les Drs Babinski et Walther.

Après quoi nous fîmes remarquer que les troubles dont se plaint actuellement M. F..., sont absolument identiques à ceux que le dit rapport énumère et expose.

Aujourd'hui, pas plus qu'il y a deux ans et trois mois, c'est-à-dire lors de l'expertise de février 1904, il n'existe aucun symptôme de lésion organique des centres nerveux. Tout se borne à un état de névrose qui préexistait à l'accident du 6 novembre 1903, et qui avait succédé à un traumatisme n'ayant rien de commun avec un accident du travail.

Nos collègues MM. les Drs Babinski et Walther, médecins de M. F..., ne firent aucune objection de principe aux conclusions du rapport de 1904 signé de l'un de nous (Dr Brissaud),

et adopté aujourd'hui sans restriction tel quel, par nous trois (Raymond, Brissaud et Thoinot).

Toutefois, M. le Dr Babinski nous objecta que ce rapport renfermait une erreur. Il y était dit : « Une première ponction lombaire fut pratiquée alors ; le liquide céphalo-rachidien était normal, c'est du moins ce que M. F..., croit avoir entendu dire. »

Or, contrairement à la supposition ou à l'interprétation de M. F..., le liquide céphalo-rachidien, à la suite du coup de bâton reçu au régiment, contenait une quantité tout à fait anormale d'éléments figurés.

M. le Dr Babinski ajouta qu'il avait pratiqué un nombre de ponctions lombaires notablement supérieur à celui que le rapport signalait d'après les souvenirs de M. F...

Nos collègues, MM. Babinski et Walther nous proposèrent alors de demander à M. F..., s'il consentirait à se laisser faire une ponction nouvelle, celle-ci devant établir si, oui ou non à la suite de l'accident du 6 novembre 1903, une modification pathologique du liquide céphalo-rachidien s'était produite identique ou analogue à celle qui avait succédé au traumatisme de l'année 1902.

S'adressant personnellement à M F..., leur client, MM. Babinski et Walther ne manquèrent pas d'ajouter et de spécifier que, si cette dernière ponction ne donnait pas de résultat positif, tous les doutes seraient levés, en d'autres termes, qu'ils adopteraient nos conclusions relativement à la persistance d'un état de névrose pure et simple.

M. F..., accepta la proposition de ses médecins, il fut alors entendu que la ponction lombaire serait faite par notre collègue M. le Dr Babinski, ou par l'un de ses assistants, dans son

service, et que l'examen cytologique du liquide serait confié à M. le Dr Nageotte, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Tout fut fait selon les dites conventions et l'examen cytologique dont le résumé rédigé par le Dr Nageotte est joint au présent rapport, confirme les conclusions du rapport d'expertise de février 1904.

Conclusions

1° Il ne subsiste aucune trace matérielle de l'accident du 6 novembre 1903.

2° Les troubles dont M. F.., se prétend atteint sont exclusivement névropathiques. Ils n'ont subi aucune aggravation, loin de là.

3° Il n'y a donc pas lieu de modifier les conditions de l'accord du 31 mars 1904.

Paris, le 28 juin 1906.

Signé : Drs Brissaud, Raymond, Thoinot.

Examen du liquide céphalo-rachidien.

(Dr Nageotte).

La ponction a été faite aujourd'hui, 26 juin 1906, en ma présence, par M. le Dr Babinski ; j'ai pratiqué immédiatement l'examen du liquide retiré.

L'aspect macroscopique était entièrement normal.

Une première portion du liquide, environ 3 centimètres cubes, a été centrifugée dans l'éprouvette même qui servit à le recevoir. Le liquide a été ensuite décanté et le culot resté fixé au fond de l'extrémité effilée de l'éprouvette a été recueilli à l'aide d'une pipette capillaire.

La gouttelette de liquide ainsi obtenue a été déposée sur une lame de verre ; après évaporation le résidu a été fixé à l'alcool-éther et coloré à l'éosine, puis à l'hématoxyline.

La préparation ainsi obtenue a été examinée à l'aide d'un objectif à immersion de 1/16 ; elle contient un petit nombre de lymphocytes qui sont de très petite taille et quelques rares mononucléaires un peu plus volumineux.

Il serait impossible, d'après cette préparation, d'affirmer que les cellules nucléées sont en plus grand nombre qu'à l'état normal ; en effet dans la plupart des champs microscopiques il n'y a pas de cellules ; ceux qui en contiennent n'en montrent qu'une deux, trois, au maximum.

La portion décantée du liquide a été traitée par l'acide nitrique pour la recherche des substances albuminoïdes : il s'est formé un léger louche comme à l'état normal. Les substances albuminoïdes ne sont donc pas augmentées.

La seconde portion du liquide a été additionnée de II deux gouttes d'une solution de violet ; après agitation, on a prélevé quelques gouttes qui ont été déposées dans un hématimètre de Malassez modifié de manière à contenir six millimètres cubes de liquide.

Après avoir laissé déposer les éléments figurés sur le fond divisé de l'appareil, on a pratiqué la numération ; on a trouvé ainsi que le liquide contenait vingt éléments nucléés par six millimètres cubes.

L'opération, répétée une seconde fois, a donné exactement le même nombre; on peut donc conclure que le liquide contient environ trois éléments nucléés par millimètre cube.

Une série de recherches, faites antérieurement sur des liquides normaux, par la même méthode, a montré qu'à l'état sain la

teneur du liquide céphalo-rachidien variait entre un et deux éléments nucléés par millimètre cube.

Il semble donc y avoir une très faible augmentation du nombre des cellules nucléées si l'on s'en rapporte à ce procédé, dont la valeur exacte n'est pas encore établie.

En admettant que ce résultat soit valable, il faut pour apprécier la valeur de l'augmentation constatée, se reporter aux nombres trouvés par le même procédé dans les cas nettement pathologiques; or dans les lymphocytoses les plus faibles constatées par le procédé classique de la centrifugation, on compte 10 à 12 éléments nucléés par millimètre cube si l'on opère comme il est dit ci-dessus.

Le chiffre trouvé dans le cas actuel est par conséquent beaucoup plus faible que ceux qui sont rencontrés dans les cas considérés couramment comme présentant une lymphocytose faible.

En résumé, le liquide examiné ne présente aucun caractère pathologique net; étudié à l'aide des méthodes éprouvées et classiques, il paraît entièrement normal; une méthode nouvelle, sur la valeur de laquelle on n'est pas encore fixé, permet il est vrai, de déceler une très légère augmentation du nombre des lymphocytes, mais il n'est pas prouvé que la limite physiologique soit nettement dépassée.

Paris, le 26 juin 1906.

Signé: Dr Nageotte

État actuel.

Enquête personnelle (29 *septembre* 1906).

Nous trouvons M. F... un après-midi, chez lui, occupé à de menues besognes du ménage.

Il ne travaille pas : deux fois, dit il, il a essayé de reprendre son ancien métier de mécanicien, chez son ancien patron ; mais il ne put prêter longtemps attention à son ouvrage, un peu délicat, qui consiste à travailler sur plan ; de plus le mouvement des courroies de transmission eut bientôt fait de lui donner des vertiges, le bruit des marteaux, une céphalée intense. Aussi n'a-t-il pas continué cet essai, que nous croyons loyal.

Il a songé à demander une plaque de marchand des quatre-saisons, mais il n'a pas 30 ans, âge minimum exigé par la Préfecture de police.

Il a bien pensé également à faire le métier d'homme de peine, mais il y a d'avance renoncé, persuadé que « cela serait trop dur pour lui ».

Il est d'ailleurs convaincu qu'il ne guérira pas sans une nouvelle trépanation qu'il désire.

Nous n'avons rien à ajouter, au point de vue médical, à l'observation de juin dernier.

Affaire N° 16

M. G..., 38 *ans, couvreur.*

Accident *le* 18 *mai* 1904. *Chute d'un quatrième étage et fracture du crâne.*

Expertise le 15 *novembre* 1904.

Conciliation *le* 1er *décembre* 1904. *Le salaire étant de* 1500 *francs la réduction de* 13 0 0, *on fixe la rente à* 100 *francs rachetable à* 2.300 *francs. Le blessé doit s'acheter un petit fonds de commerce.*

Demande en revision *le* 22 *février* 1906 *introduite par le blessé.*

Le procès n'est d'ailleurs basé sur aucune preuve d'aggravation de l'état de M. G... ; il s'agit donc plutôt d'une demande en nullité de contrat.

Rapport.

Nous soussigné, E. Brissaud, professeur à la Faculté de Médecine, avons été commis par M. le Président de la Chambre des Conciliations à l'effet de, dispensé du serment du consentement des parties, voir et visiter M.G..., dire si par suite de l'accident du 18 mai 1904 il est ou non atteint d'incapacité permanente ou temporaire, absolue ou partielle et, dans l'affirmative, estimer la réduction de capacité qu'il subit, fixer la date de consolidation de la blessure.

Le 18 mai 1904, M. G... âgé de 38 ans, couvreur, demeurant à Saint Ouen, rue A... n° 58, tomba d'un quatrième étage sur le sol d'une cage d'escalier.

Il perdit connaissance et fut immédiatement transporté à l'hôpital Necker, où l'on pratiqua une saignée et une ponction lombaire.

Certains phénomènes, plus significatifs par leur coexistence que par leur nature même, permirent d'établir le diagnostic de fracture de la base du crâne : hémorragie sous-conjonctivale, écoulement de sang par le nez et par l'oreille.

Malgré la gravité du traumatisme, aucune complication ne survint, et M. G... promptement revenu à lui put quitter l'hôpital dès le dix-septième jour.

Cependant la commotion cérébrale avait été trop intense pour ne laisser après elle aucune trace et aujourd'hui encore M. G... qui n'a pu reprendre son travail est atteint de phénomènes

cérébraux persistants qui entretiennent chez lui un certain degré d'incapacité permanente.

Nous signalerons d'abord sans y insister une légère diminution de l'ouïe du côté gauche, puis un état de torpeur intellectuelle caractérisé surtout par une certaine paresse de la mémoire, une grande lenteur dans l'association des idées, une difficulté presqu'insurmontable à prendre un parti, même pour les actes les plus simples, qui se manifeste à première vue par une sorte d'attitude catatonique : ainsi M. G... conserve les attitudes prises sans se décider à se mouvoir. Sa femme qui l'accompagne est obligée de lui indiquer tout ce qu'il a à faire: « Assieds-toi, lève-toi, ôte ta casquette, etc... »

Il faut encore le guider comme un enfant, il parle d'ailleurs comme un enfant, et même un peu niaisement. Ce qu'il dit n'est pas cependant dépourvu de bon sens, ni de jugement, mais son effort psychique est de courte durée comme son effort physique, et son attention paraît se fixer sur une idée sans qu'il puisse s'y soustraire, à moins qu'on ne vienne à son aide de la même façon qu'il reste figé dans ses attitudes jusqu'au moment où on lui suggère l'idée de se déplacer.

En outre M. G.., se plaint de douleurs lombaires ; ces douleurs qui, jusqu'à la semaine dernière étaient localisées à gauche, occupent aujourd'hui exclusivement le côté droit. Cette variabilité de siège exclut l'hypothèse d'une lésion spinale ; il faut les attribuer à un certain nervosisme surajouté aux troubles psychiques.

M. G.., a conservé une bonne santé générale, un bon appétit, un bon sommeil. En dehors de la diminution de l'ouïe il ne présente aucun trouble sensitivo-sensoriel.

Les fonctions motrices, si l'on fait abstraction de la torpeur

psychique qui les réduit à leur plus simple expression, sont intactes. Les réflexes cutanés, tendineux, pupillaires, sont normaux.

Depuis qu'il a quitté l'hôpital, M. G.., est resté dans cet état d'asthénie intellectuelle, qui résulte sans aucun doute de l'accident du 18 mai.

Toutefois sa femme reconnaît, et il reconnaît lui-même que la situation n'a cessé de s'améliorer à tous égards quoique d'une façon très lente.

Il est impossible de prévoir si cette amélioration aboutira à une guérison définitive. Cela est peu probable. Néanmoins, étant donné qu'un grand progrès s'est accompli et que, dès à présent, M. G.., lui-même admet qu'il n'est pas complètement inapte à certaines occupations relativement faciles, son incapacité de travail quoique devant être considérée comme permanente n'est que partielle. Sa bonne volonté et son désir de se rendre utile permettent de prévoir qu'un entraînement régulier lui rendra en grande partie le moyen de gagner sa vie en dehors de sa profession.

Conclusions

1° M. G.., est atteint d'incapacité de travail permanente partielle.

2° La réduction de capacité peut être évaluée à 25 0/0.

3° La date de consolidation de la blessure est la date même de ce jour.

Paris, le 15 novembre 1904.

Signé : Dr Brissaud.

État actuel.

Observation personnelle (28 *septembre* 1906).

M. G.., n'a pas travaillé régulièrement depuis l'accident de 1904.

Depuis cette époque, il est presque toujours sombre et taciturne ; par moments cependant, il est excité et se livre à des extravagances, mais ces périodes d'excitation paraissent en relation directe avec l'éthylisme auquel malheureusement M G.., n'a que trop de tendance à se livrer.

Il a bien essayé parfois de travailler à son ancien métier de couvreur, mais « il gâche son ouvrage » disent ses voisins. (Voir Aff. N° 11.)

Actuellement la mémoire paraît sensiblement revenue, la volonté par contre est toujours notablement diminuée et M. G.., paraît encore assez peu capable d'un effort psychique un peu soutenu.

Il pense qu'il ne guérira jamais.

En dehors de ces troubles psychiques, il est impossible de déceler aucun signe somatique.

Les attitudes catatoniques signalées en novembre 1904 n'existent plus.

Les fonctions motrices, sensitives et sensorielles sont normales ; le sommeil est bon, l'appareil digestif ne présente aucune altération ; le pouls est régulier.

En résumé l'état de M. G.., compliqué d'éthylisme, n'a subi qu'une légère amélioration.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS (1).

Le nombre des Affaires dont nous avons pu étudier les suites tardives sont au nombre de 16.

Il s'agit exclusivement d'*accidents du travail.*

Un nombre beaucoup plus considérable d'affaires expertisées fut mis à notre disposition ; mais lors de nos recherches, force nous fut d'en éliminer une grande partie.

En effet, quelques-uns de ces anciens blessés avaient quitté leur logement, souvent un « garni » sans laisser d'adresse, d'autres fois la nouvelle adresse avait été

1. Au moment même où nous entreprenions nos recherches paraissait la thèse du Dr Poitevin (*L'avenir des hystéro-traumatisés.* Th. Paris 1906).

Sur quinze malades, le Dr Poitevin en a pu examiner onze après solution définitive du procès.

Nous donnons ici les résultats :

Obs. 2. — Hystéro-neurasthénie. Incapacité évaluée à 30 0/0.

perdue, oubliée; certains autres étaient retournés dans leur pays natal, et enfin plusieurs *refusèrent de nous recevoir ou de se laisser examiner.*

Nous avons donc observé :

7 *guérisons ;*
2 *améliorations ;*
7 *états stationnaires ;*
0 *aggravation.*

Guérisons.

N° 2. — Hystéro-neurasthénie, (*lien circulaire*). 36 ans, manœuvre.

Accident initial : Contusions de l'avant-bras gauche.

Pas d'amélioration un an après l'accident. Cependant la reprise partielle du travail est signalée.

Obs 3. — Hystéro-neurasthénie. Incapacité évaluée à 70 0/0 ; quatre ans après l'accident, guérison et reprise totale du travail.

Obs. 4. — Hystéro-neurasthénie grave ; quatre ans après l'accident, pas d'amélioration, pas de reprise du travail.

Obs. 5. — Hystéro-neurasthénie ; incapacité totale ; trois ans après l'accident, pas d'amélioration, pas de reprise du travail.

Obs. 6. — Hystéro-neurasthénie; incapacité totale ; six ans après l'accident, amélioration et reprise du travail.

Obs. 7. — Hystéro-neurasthénie aggravée par l'alcoolisme ; quatre ans après l'accident amélioration sensible et reprise du travail.

Obs. 8. — Hystéro-neurasthénie grave; cinq ans après l'accident, pas d'amélioration, pas de reprise du travail.

Obs. 10. — Hystéro-neurasthénie grave; dix ans après l'accident, amélioration et reprise partielle du travail.

Guérison dans les quatre mois qui ont suivi la fin du litige.

Le procès avait duré huit mois ; le blessé n'avait touché aucune indemnité.

Reprise totale du travail.

N° 4. — Contracture hystérique, évaluée à 10 0/0 36 ans, charpentier en fer.

Accident initial : Plaie du bras gauche.

La guérison s'est produite en l'espace de huit mois après la clôture des débats.

Le procès avait duré quatre mois et s'était terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Reprise totale de l'ancienne profession.

Obs. 11. — Hystéro-neurasthénie à 50 0/0 ; 3 ans après l'accident pas d'amélioration, pas de reprise du travail.

Obs. 12. — Hystérie évaluée à 90 0/0 ; cinq ans après l'accident, amélioration sensible.

Obs. 14. — Hystéro-neurasthénie suite d'accident grave ; guérison presque complète (pas de dates).

Le Dr Poitevin conclut que le plus souvent à des accidents graves correspondent des troubles graves, dont le pronostic est sévère, qu'à des accidents légers correspondent des troubles légers dont le pronostic est bénin.

Il ne nous paraît pas cependant que ces conclusions concordent rigoureusement avec les observations citées où l'on peut voir des cas évalués à un taux d'incapacité très élevé et même total, sensiblement améliorés et même guéris. (Obs. 3, 6, 7, 10, 12, 14).

N° 5. — Topoalgies névropathiques (2 0 0). 34 ans, couvreur.

Accident initial : Fracture de la douzième côte et contusion du mollet, à gauche.

La guérison s'est effectuée en deux mois après solution du litige.

Le procès avait duré huit mois et s'était terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Reprise totale de l'ancienne profession.

N° 9. — Hystéro-neurasthénie (2 0 0). 26 ans, couvreur.

Accident initial : Chute d'un premier étage, commotion cérébrale.

La guérison s'est produite vers *le moment même* de la conciliation.

Le procès avait duré un an et s'était terminé par le rachat de la rente.

Reprise totale de l'ancienne profession.

N° 10. — Hystéro-neurasthénie (6 0/0). 30 ans, couvreur.

Accident initial : Plaie de la tête.

La guérison s'est effectuée en l'espace de six mois après la fin du procès.

Les débats avaient duré six mois, et s'étaient terminés par conciliation avec rachat de la rente.

Reprise du travail avec changement de profession.

N° 12. — Neurasthénie (4 0 0). 31 ans, maçon.

Accident initial : Contusion de la tête.

La guérison s'est produite dans l'espace d'un an après la fin du procès.

Le procès avait duré sept mois et s'était terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Reprise du travail. Changement de profession.

N° 13. — Cérébrasthénie (2 0/0). 32 ans, terrassier.

Accident initial : Plaie de la tête.

La guérison s'est produite dans les sept mois qui ont suivi la conciliation ; le procès avait duré cinq mois et s'était terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Une demande en *revision*, sans preuve d'aggravation, fut introduite au mois de juin dernier.

La demande fut d'ailleurs rejetée.

Reprise totale de l'ancienne profession.

Plusieurs guérisons rapides sont donc à enregistrer : cependant nous n'avons pas eu à observer de guérison soudaine d'hystérie : aucun de nos malades ne rappelle le fameux danseur du Moulin-Rouge de M. le professeur Raymond.

Améliorations

N° 3. — Contracture hystérique (20 0/0). 34 ans, trempeuse de jouets de couleur.

Accident initial : Contusion du genou droit.

Le procès avait duré trois ans et s'était terminé par arrêt d'appel accordant une rente *qui ne fut pas rachetée*.

Reprise partielle du travail. Changement de profession.

N° 16. — Neurasthénie, suite de fracture du crâne, (25 0/0). 38 ans, couvreur.

Ethylisme.

Le procès avait duré sept mois et s'était terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Une demande en *revision*, non basée sur l'aggravation fut introduite au mois de février dernier; il s'agit plutôt d'une demande en nullité de contrat. L'affaire n'est pas complètement terminée.

Pas de reprise du travail.

Chez ces deux malades, les symptômes somatiques et psychiques sont considérablement améliorés: la première a recommencé à travailler, le second est encore en procès, il se livre à l'éthylisme ; ces deux raisons expliquent suffisamment la non reprise du travail malgré une atténuation très réelle des troubles nerveux.

Etats stationnaires (1).

N° 1. — Contracture hystérique (8 0 0). 35 ans, homme de peine.

Lien circulaire.

Accident initial : Contusion du pied et de la région lombaire droite.

Le procès revisé dure sans interruption depuis août 1904, et n'est pas encore complètement terminé.

Pas de reprise du travail.

N° 6. — Hystéro-neurasthénie (10 0/0). 48 ans, menuisier.

1. Voir Chap. V. Discussion.

Accident initial : Chute, luxation acromio-claviculaire et subluxation de la phalange du pouce droit.

Le procès a duré près de cinq mois et s'est terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Reprise partielle du travail (même profession).

N° 7. — Hystéro-neurasthénie (12 0/0). 38 ans, tonnelier.

Accident initial : Panaris de l'index gauche.

Le procès, avec *revision* a duré plus de six ans, et s'est terminé par arrêt d'appel ; la rente fut rachetée.

Reprise partielle du travail avec changement de profession.

N° 8. — Hystéro-neurasthénie (5 0/0). 42 ans, charpentier monteur en fer.

Accident initial : Plaie de la tête.

Affaire revisée, terminée les deux fois par conciliation avec rachat.

Pas de reprise du travail.

N° 11. — Neurasthénie (6 0/0). 46 ans, peintre. Saturnisme et éthylisme.

Accident initial : Plaie de la tête.

L'affaire a duré cinq mois et s'est terminée par conciliation avec rachat de la rente.

Reprise partielle du travail dans l'ancienne profession.

N° 14. — Cérébrasthénie (2 0/0). 44 ans, riveur. Éthylisme.

Accident initial : Plaie de la tête.

Le procès a duré seize mois et s'est terminé par conciliation avec rachat de la rente.

Pas de reprise du travail.

N° 15. — Neurasthénie. *Antécédents névropathiques* (15 0/0). 26 ans, fumiste.

Accident initial : Plaie de la tête.

Le procès *revisé* a duré de novembre 1903 à août 1906.

La première fois le malade a touché, par conciliation une rente rachetée à 2.000 francs.

Il s'est vu débouté de sa demande en revision.

Pas de reprise du travail.

Le pronostic est donc extrêmement favorable puisque même sur les 7 cas où l'état morbide est resté stationnaire, il y eut 3 fois reprise partielle du travail.

CHAPITRE V

DISCUSSION

De nombreux facteurs interviennent qui influencent la marche de la maladie ; les uns sont d'ordre médical et somatique, les autres d'ordre légal et psychique.

Ces divers facteurs peuvent agir isolément, mais le plus souvent ils se juxtaposent et s'intriquent, contribuant à rendre extrême la complexité des phénomène à observer.

Il devient alors fort délicat de déterminer la part qui revient à chacun d'eux, et de dire exactement dans quelle mesure ils ont pu ou favoriser ou entraver une guérison.

CAUSES D'ORDRE MÉDICAL ET SOMATIQUE.

A. — **Rôle du traumatisme initial.** — Le traumatisme initial ne détermine pas rigoureusement le pronostic des troubles nerveux consécutifs.

Si dans 9 cas (N° 8 à 16) une blessure de tête a en-

traîné la neurasthénie ou l'hystéro-neurasthénie, il est cependant intéressant de remarquer que 4 fois la guérison s'est produite, et une fois une amélioration très considérable a été constatée.

Dans les 7 autres cas, (N^os^ 1 à 7) un traumatisme local a provoqué une hystérie ou une hystéro-neurasthénie.

B. — **Intensité et nature des troubles nerveux.** — Quant à l'intensité des troubles, nous voyons facilement, d'après l'évaluation des incapacités, que des troubles marqués comme dans les cas N^os^ 3, 4, 16 ont pu guérir rapidement ou s'amender à brève échéance.

En ce qui concerne la nature même des troubles, nous adopterons la division toute naturelle en hystérie, hystéro-neurasthénie, et neurasthénie.

α. — *Hystérie.* — Sur 3 cas de contracture hystérique bien accusée (N^os^ 1, 3, 4) une fois la guérison s'est produite (4), une fois l'amélioration (3), une fois l'état est resté stationnaire (1).

Le malade N° 4 est le cas type de la guérison rapide et complète de la contracture hystérique, le travail était repris d'une façon absolue en l'espace de huit mois après la conciliation.

La malade N° 3 n'est qu'améliorée, considérablement il est vrai : Son procès long et embrouillé, n'est terminé que depuis peu, la rente ne fut pas rachetée; ces deux causes ont vraisemblablement retardé la guérison.

Le cas N° 1 est complexe, l'application plus ou moins volontaire d'un lien circulaire, la très longue durée du procès, dont la revision est à peine terminée, la nationalité étrangère du blessé, cause de complication dans

la procédure, nous expliquent la persistance des phénomènes névropathiques.

β. — *Hystéro-neurasthénie.* — Sur les 7 cas d'hystéro-neurasthénie (N^os^ 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10), nous avons pu noter 4 guérisons rapides (N^os^ 2, 5, 9, 10), et 3 états stationnaires, (N^os^ 6, 7, 8).

Dans les cas stationnaires, deux affaires ont été revisées, l'une sur demande de l'assurance (N° 7), l'autre sur demande du blessé (N° 8). Ces deux affaires ont duré respectivement six et trois ans.

γ. — *Neurasthénie.* — Sur ces 6 derniers cas, nous constatons 2 guérisons (N^os^ 12 et 13), 1 amélioration (N° 16), et 3 états stationnaires (N^os^ 11, 14, 15).

Le cas N° 16 seulement amélioré est compliqué d'éthylisme.

Sur les 3 états stationnaires, l'un est compliqué de saturnisme (N° 11), le second d'éthylisme (N° 14), le troisième avait déjà présenté antérieurement à l'accident des troubles névropathiques (N° 15).

C. — **Age des malades.** — L'hystéro-traumatisme du jeune paraît guérir plus facilement que celle de l'homme âgé ; or, vers la quarantaine un ouvrier est déjà souvent un homme âgé.

Il suffira de relire les observations N^os^ 6, 8, 11, 14, qui nous semblent à cet égard concluantes.

D. — **Maladies ou intoxications antérieures ou concomitantes.** — Les maladies antérieures, antécédents névropathiques (N° 15), les intoxications saturnine et éthylique (N^os^ 11, 14, 16), ont dans ces cas, prolongé les

accidents et se sont opposées à la reprise rapide et totale du travail.

Ajoutons que si ces conditions aggravent dans une certaine mesure le pronostic, elles diminuent par contre les responsabilités patronales.

Causes d'ordre légal et psychique

A. — **Influence du milieu.** — La famille, les amis, les camarades exercent souvent une influence désastreuse sur les accidentés du travail.

Leur suggestion incessante, même et surtout quand elle est inspirée par une compassion réelle (N^os^ 1, 3, 11), entretient et développe l'état de névrose qui, dans le cas particulier de l'hystérie, n'est, selon M. Babinski, qu'une *maladie par persuasion*. « Peu à peu, dit M. Brissaud, dans un grand nombre des rapports que nous avons pu consulter, le blessé, alors qu'il est matériellement guéri, s'habitue à la *situation de victime*, et, quelqu'étrange que cela puisse paraître, il s'y complaît.

Être victime du travail, c'est pour lui une sorte de satisfaction à laquelle il ne veut pas renoncer. La commisération dont il est l'objet a pour lui sa douceur.

Le fait que le travail a été la cause ou l'occasion du malheur ajoute comme une noblesse à la blessure; et, si infime que soit cette blessure, elle a une origine qui entraîne, à ses yeux, non pas une compensation, ce qui n'est que justice, mais des prérogatives, ce qui n'est que vanité.

C'est presque invariablement à l'entourage de la *victime*, qu'il faut attribuer les revendications interminables qu'une prompte conciliation aurait empêchées. Ces revendications ne se fondent que sur une donnée étiologique et nullement sur une situation pathologique. Une simple coupure est un petit accident, une légère blessure : si elle résulte du travail, si même elle s'est produite en dehors du travail mais pendant les heures de travail et dans l'enceinte même du chantier, c'est un *sinistre*. Et le blessé écoute complaisamment les conseils de ceux qui, s'intéressant à sa mésaventure, le dissuadent de reprendre sa tâche avant longtemps.

C'est à peine si nous osons parler des médecins, qui dans leur regrettable ignorance des conditions pathogéniques de l'hystérie, se sont faits parfois les complices de louches agences d'*hystéro-culture*. »

B. — **Durée du procès.** — La longue durée du procès nous a paru influencer d'une façon défavorable l'évolution des troubles nerveux post-traumatiques, dans les cas N^os^ 1, 7, 8.

Toutes les guérisons ou améliorations que nous avons signalées correspondent au contraire à des affaires de courte durée.

C. — **Revisions.** — La revision a été demandée cinq fois par les blessés, une fois par l'assurance.

Cependant il est à remarquer que dans aucun de ces cas la preuve de l'aggravation n'a pu être fournie.

Dans deux cas même (N^os^ 13 et 15) la demande en revision fut rejetée ou le demandeur débouté.

Dans l'affaire N° 1, la rente n'avait pas été rachetée et ce fût là une des raisons plus ou moins avouées qui détermina le plaignant à recommencer un nouveau procès.

D. — **Mode de solution du litige.** — Le non rachat de la rente fut certainement dans les cas N°s 1 et 3 une des causes pour lesquelles la guérison ne s'effectua pas.

L'étude de l'affaire et l'examen des malades put nous en convaincre.

E. — **Difficultés rencontrées lors de la reprise du travail.** — La reprise du travail est fréquemment, pour l'hystéro-traumatisé, entravée pour des raisons un peu spéciales.

Il peut exister chez l'employeur, des craintes sur l'état de santé de ces ouvriers, (possibilité de vertiges, pour les couvreurs et les peintres) d'où obstacle à l'embauchage.

Le blessé à démarche traînante N° 8 ne présentait guère aux yeux des chefs d'équipes chargés du recrutement, les conditions exigées d'un bon charpentier.

Des troubles de l'attention, comme dans les cas 11 et 16, peuvent faire obstacle à l'exercice normal de la profession.

C'est pourquoi, vraisemblablement, nous avons observé que presque jamais (sauf cas N° 6) les hystéro-traumatisés ne rentraient dans leur ancien atelier.

Il serait cependant excellent que la plupart d'entre eux (1), une fois l'indemnité payée, fussent repris par

1. Un essai de ce genre a déjà été tenté avec succès par le Dr Thiellement, médecin d'une assurance de Paris (M. I.).

leur ancien patron à un taux de salaire réduit, et pourvus d'une besogne facile et peu fatigante qui leur permettrait de se remettre progressivement au travail.

Le médecin n'aura jamais, pour cette catégorie de malades, pensons-nous, meilleur mode de traitement à sa disposition ; patron et ouvrier y trouveraient leur compte.

La misère, l'alcoolisme, la perte de l'habitude du travail seraient en partie évités.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que si quelque modification devait être apportée un jour à la Loi sur les Accidents du travail, le législateur pourrait donner tout au moins une indication dans ce sens.

Ce serait là œuvre d'utile et pratique solidarisme.

Cependant certaines conditions professionnelles entraveraient peut-être la généralisation absolue de ce régime : les ouvriers travaillant en chantier et allant offrir leurs services sur place aux chefs d'équipe,ne pourraient guère en bénéficier. (Voir N° 8).

CONCLUSIONS

1° La constatation de l'état d'une névrose traumatique après le règlement d'un litige est extrêmement difficile : la plupart du temps les accidentés du travail qui n'ont pas de lésions matérielles permanentes se dérobent à toutes les enquêtes.

2° Sur seize ouvriers atteints d'hystérie, de neurasthénie et d'hystéro-neurasthénie traumatiques, que nous avons pu examiner au bout d'un temps variable après le règlement de leur procès, nous relevons une proportion globale de :

7 guérisons ;
2 améliorations ;
7 états stationnaires.

Le pronostic est donc très favorable.

3° Dans les deux cas où nous n'avons constaté qu'une amélioration, cette amélioration, très considérable pour les deux malades, consistait dans la disparition et l'atténuation des phénomènes névropathiques

(N^{os} 3 et 16) et dans la reprise partielle du travail pour l'un d'eux (N° 3).

4° Dans les sept cas où l'état morbide était resté stationnaire, trois fois cependant nous avons constaté la reprise partielle du travail (N^{os} 6,7,11).

Dans ces cas, différentes causes sont intervenues s'opposant à l'exercice de la profession : persistance d'une phobie, d'une asthénie, de troubles de l'attention (N^{os} 6,7,8,11), soucis pécuniaires quand la rente n'est pas rachetée (N° 1), difficulté d'embauchage dans les ateliers ou chantiers où l'on ne veut pas d'un ouvrier qui « pourrait tomber », qui « gâche son ouvrage » (N^{os} 8, 11, 15), retour au pays natal (N° 7), âge, intoxications ou maladies concomitantes (N^{os} 11, 14, 15), conseils maladroits de l'entourage, avis intéressés de certains agents d'affaires.

5° Ni la valeur du traumatisme initial, ni l'intensité de la névrose, ni la nature même de ces troubles nerveux post-traumatiques ne nous ont paru influencer d'une manière précise le pronostic.

6° Dans trois cas la névrose fut plus sérieuse du fait d'une maladie antérieure (antécédents névropathiques, N° 15) ou d'une intoxication concomitante (saturnisme, éthylisme, N^{os} 11, 14, 16).

Il faut tenir compte de cette cause de complication, tant au point de vue du pronostic, qu'au point de vue de l'indemnité à allouer à la victime.

7° Les névroses post-traumatiques guérissent plus facilement chez l'ouvrier jeune que chez l'ouvrier ayant dépassé la quarantaine et déjà fatigué.

Sur les 7 cas restés stationnaires, 4 malades avaient de 42 à 48 ans (nos 6, 8, 11, 14).

8° La longue durée du procès, le non-rachat de la rente, nous ont semblé prolonger les accidents et entretenir ce qu'on a appelé la « névrose de procédure ».

9° Le règlement rapide du litige, par conciliation, avec rachat de l'indemnité basée sur une incapacité *permanente, partielle et très faible*, est la solution la plus efficace au point de vue médical, c'est-à-dire la plus avantageuse pour le blessé lui-même.

10° Il serait bon, que les hystéro-traumatisés, en raison des difficultés actuellement rencontrées par eux lors de la reprise du travail, fussent repris par leur ancien patron, à un taux de salaire réduit et pourvus d'une besogne facile qui leur permettrait de se remettre progressivement au travail.

Vu : le Président de la thèse
BRISSAUD

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Archives de Médecine. — Compte rendu du Congrès de Liège, 1905, n° 32.

Achard et Ramond. — Hystéro-traumatisme vaccinal chez un vieillard, *Soc. de neurologie*, 11 mai 1905.

Babinski. — Conception de l'hystérie. *Archives de médecine*, 28 août 1906, n° 35.

Balthazard. — Précis de médecine légale. Baillière, Paris, 1906.

Berbez. — Hystérie et traumatisme, *Th. Paris*, 1887.

Bernard. — A propos d'une monoplégie hystéro-traumatique atypique. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 26 mai 1904, p. 512.

Blum. — De l'hystéro-neurasthénie traumat., Asselin et Houzeau, 1893.

Bosc. — Hystéro-traumatisme chez un garçon de 16 ans. *Soc. pédiâtrique de Paris*, janvier 1904, p. 23.

Bouveret. — La neurasthénie, Baillière, 1891.

Brissaud. — Les hystéries provoquées, *Gaz. des hôp.*, nov. 1889, n° 134.

Brissaud. — Névrose post-traumatique, *Soc. de neurologie*, 2 juin 1904.

Brissaud et Grenet. — Tremblement cloniforme et clonus vrai, *Soc. neurologie*, Paris, 2 juin 1904. *Revue neurologique*, 30 juin 1904.

Brissaud et Moutier. — Les paralysies de l'épaule à volonté et la loi sur les accidents du travail, *Presse Méd.*, avril 1906, n° 32.

Broca. — Hystéro-traumatisme du rachis, *Soc. pédiâtrique de Paris*, février 1904, p. 48.

Brouardel (P.). — Les blessures et les accidents du travail, Baillière, 1906.

Brouardel (G.). — Les accidents du travail, guide du médecin, Paris 1903, Actualités médicales.

Charcot — Leçons du mardi.

— *Annalès d'hyg. publ. et de méd. lég.*, févr. 1889.

Cottu. — L'hystéro-traumatique cardiaque, *Th. Paris*, 1904.

Crocq. — Les névroses traumatiques, Bruxelles 1896.

Debove. — Hystéro-traumatisme à manifestations cardiaques, *Archives gén. de méd.*, 14 juin 1904.

— Pouls lent permanent et hystéro-traumat., *Presse méd.*, 13 juillet 1904, p. 441.

Du Brossay. — Sur un cas d'hystéro-traumatisme, *Archives de Méd.*, d'Angers, 5 juillet 1904.

Duchauffour. — Les accidents du travail Jurisprudence. Baillière 1906.

Erichsen. — On Railway and other Injuries of the nervous System, London, 1866.

Forgue et Jeanbrau — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Paris, Masson, 1905.

Foucaud. — L'hystérie traumatique, *Centre médical de Gannat*, 1er juillet 1904.

Grasset. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme, Montpellier 1889,

— Un cas d'hystéro-traumatisme, *Arch. gén. de méd.*, 1903, n° 1.

Guinon. — Les agents provocateurs de l'hystérie, *Th. Paris*, 1889.

Holden. — Les symptômes oculaires de l'hystérie, de la neurasthénie et des névroses traumatiques, *Méd. News.*, 30 juillet 1904.

Knapp. — Nervous Affections following injuries railway-spine, railway-brain, 1888, Boston.

Lacassagne. — Précis de médecine légale — Masson 1906.

Lemoine. — A propos d'un cas d'hystéro-traumatisme — *Nord Médic.*, p. 277.

Monthélie. — La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail. *Th.Paris* 1906.

Neurasthénie de l'ouvrier et neurasthénie du pauvre. *Presse médic.*, 1905, n° 47.

Ollive et Le Meignen. — Accidents du travail, Rudeval, 1905.

Oppenheim. — Die traumatischen Neurosen, Berlin, 1889.

Page. — Injuries of the Spine and spinal Cord and nervous Shock, in their surgical and médico-légal aspects, London, 1885.

Poitevin. — L'avenir des hystéro-traumatisés. Th. Paris, Michalon, 1906.

Strumpell. — Pathologie interne, traduct. Maloine, 1906.

Teillais. — De l'hystéro-traumatisme oculaire, *Gaz. médic. de Nantes*, 25 juin 1904.

Thoinot. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, Paris, 1904.

Thomsen et Oppenheim. — Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anaesthesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1884.)

Verga. — Sur les névroses traumatiques, *Gaz. médic. italiana* 21 et 28 juillet 1904.

Vibert. — La névrose traumatique, Baillière, 1888.

Contribution à l'histoire de la névrose traumatique. (*Annales d'hyg, publ. et de méd. lég.*, février et mars 1893).

Précis de médecine légale, Baillière, 1903.

Les accidents du travail, Baillière, 1906.

Westphall. — Un cas d'hystérie traumatique évoluant sous l'aspect d'une ophtalmoplégie externe.

(*Deutsche méd. Wochenschrift*, 1e Juin 1905.)

TABLE

Introduction. 7
Chapitre I. — **Évolution** 11
Chapitre II. — **Fixation de l'Incapacité de travail**. 18
Chapitre III. — **Affaires, Rapports d'expertises et Enquêtes personnelles** 24
Chapitre IV. — **Résultats** 129
Chapitre V. — **Discussion**. 137
Conclusions 144
Bibliographie. 147

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris